

Kliinisen farmasian ryhmä
Farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta
Helsingin yliopisto

IÄKKÄIDEN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS

LÄÄKEHOIDON TOTEUTUMINEN JA PALVELUT
ASIAKKAAN JA OMAISEN KOKEMANA SEKÄ
LÄÄKELISTAN VASTAAVUUS

Tiina Järvinen

LISENSIAATINTUTKIMUS
Turku 2018

Ohjaajat:

Professori Marja Airaksinen, FaT
Kliinisen farmasian ryhmä
Farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta
Helsingin yliopisto
Helsinki, Finland

Yliopiston lehtori Raisa Laaksonen, Dos., Ph.D.
Kliinisen farmasian ryhmä
Farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta
Helsingin yliopisto
Helsinki, Finland

Kliininen opettaja Anna-Riia Holmström, FaT
Kliinisen farmasian ryhmä
Farmakologian ja lääkehoidon osasto
Farmasian tiedekunta
Helsingin yliopisto
Helsinki, Finland

Tarkastajat:

Geriatrian erikoislääkäri Laura Viikari, LT, Dos
Turun kaupungin sairaala
Turun hyvinvointitoimiala
Geriatrian oppiaine, Turun Yliopisto
Turku, Finland

Yliopettaja Virpi Sulosaari, TtT, SH
Terveys- ja hyvinvointi
Turku AMK
Postdoc tutkija
Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos
Turku, Finland

ISBN XXX-XXXXXXXX (pbk.)

ISBN XXX-XXXXXXXX (PDF)

Helsingin yliopiston painotalo
Helsinki 2018

TIIVISTELMÄ

Iäkkäiden määrä ja suhteellinen osuus väestöstä ovat kasvaneet voimakkaasti 1900 – luvun loppupuolelta lähtien ja kasvu tulee jatkumaan edelleen. Suomessa iäkkäiden hoito järjestetään nykyisin kotihoitona niin kauan kuin se on mahdollista. Kotona hoidetaan yhä huonokuntoisempia ihmisiä, joilla on monia sairauksia ja jotka käyttävät paljon lääkkeitä. Jotta iäkäs pystyisi asumaan turvallisesti kotona, täytyy muun muassa lääkehoidon toteutuksen toimia hyvin.

Tässä liseniaattityössä oli tavoitteena tutkia lääkehoitoon liittyvien palveluiden toimivuutta iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ja omaisten näkökulmasta. Palvelujen toimivuutta arvioitiin kahden tutkimuksen päätavoitteen avulla. Ensimmäinen päätavoite oli selvittää potilastietojärjestelmässä olevan lääkelistan vastaavuutta todellisuudessa käytössä oleviin lääkkeisiin. Toisena päätavoitteena oli tutkia kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden ja heidän lääkehoitoa toteuttavien omaistensa kokemuksia lääkehoitoon liittyvistä palveluista. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko lääkehoitoon liittyvien palvelujen toimivuudessa eroja riippuen siitä, kuka toteuttaa asiakkaan lääkehoidon. Lääkehoidon toteutuksesta voi vastata joko asiakas itse, omainen tai kotihoito. Näiden ryhmien eroja ei työhön liittyvän kirjallisuuskatsauksen perusteella ole tutkittu aikaisemmin.

Työ koostui sekä kirjallisuuskatsauksesta että empiirisestä osasta. Kirjallisuuskatsauksella haettiin aikaisempaa tutkimusta iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoprosessista ja sen toimivuudesta. Hakukriiteerit täyttävien 26 tutkimuksen mukaan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyi monia turvallisuutta heikentäviä tekijöitä kuten hallitsematon monilääkitys ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat. Eroja potilastietojärjestelmissä olevien lääkelistojen ja todellisuudessa käytössä olevien lääkkeiden välillä oli tutkimuksissa jopa 53 – 94 %:lla kotihoidon asiakkaista. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa 40 prosentilla iäkkäistä kotihoidon asiakkaista oli eroja lääkkeissä, jotka voivat aiheuttaa vakavia terveyshaittoja. Tällaisia lääkkeitä olivat muun muassa opioidit, beetasalpaajat ja psykoosiläkkeet. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon turvallisuutta parantavia toimenpiteitä ja työkaluja oli myös kehitetty tutkimuksissa.

Työn empiirinen osa suoritettiin Turun kaupungin kotihoidossa. Tutkimukseen osallistujat olivat 65 vuotta täyttäneitä tai vanhempia kotihoidon asiakkaita keskusta-, lähiö- ja maaseutualueelta. Kotona tehtyyn kyselytutkimukseen ja teemahaastatteluun osallistui 17 iäkästä asiakasta ja 6 lääkehoidon toteutuksesta vastaavaa omaista, jotka eivät olleet kuitenkaan omaishoitajia. Lääkehoidon toteutuksesta vastasi kolmella asiakkaalla tytär, yhdellä tyttärentytär, yhdellä sisar ja yhdellä naisystävä. Asiakkaiden keski-ikä

oli 83 vuotta (vaihteluväli 69–97 v) ja he jakaantuivat lääkehoidon toteutuksen suhteen kolmeen erilaiseen ryhmään: toteuttaa lääkehoidon itse (itse – ryhmä), omainen toteuttaa (omaiset – ryhmä) tai kotihoito toteuttaa (kotihoito – ryhmä).

Kotihoidon iäkkäät asiakkaat ja lääkehoitoa toteuttavat omaiset olivat hyvin tyytyväisiä kotihoidon lääkehoitoon liittyviin palveluihin ryhmästä riippumatta. Palvelut koettiin asiakkaan sen hetkiseen toimintakykyyn nähden riittäviksi. Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin samanlaisia turvallisuutta heikentäviä tekijöitä lääkehoitoprosessissa kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Asiakkailla oli käytössä paljon lääkkeitä ja kotihoidon lääkelistat eivät aina olleet ajantasaisia. Eniten eroja lääkelistoissa oli siinä ryhmässä, jossa omainen toteutti lääkehoidon. Erot ryhmien välillä olivat kuitenkin pieniä. Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten ryhmien kyvyssä toteuttaa lääkehoitoa oli suurta vaihtelua. Lisäksi tutkimuksessa tuli ilmi, että lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamia haittavaikutuksia ei havainnoitu eikä niihin puututtu systemaattisesti kotihoidossa. Asiakkaat ja omaiset kokivat, etteivät olleet saaneet tukea lääkehoidon toteutukseen terveydenhuollon ammattilaisilta ja omaiset toivoivat enemmän yhteistyötä kotihoidon kanssa.

Tutkimus osoitti, että Suomessa tarvitaan toimenpiteitä ajantasaisen lääkitystiedon turvaamiseksi. Haittavaikutusten seurantaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota kotihoidossa ja sitä varten hoitajille pitäisi järjestää lisää koulutusta. Iäkkäät kotihoidon asiakkaat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn kannalta ja sen tähden iäkkäille kotihoidon asiakkailla lääkehoitopalvelut ja lääkeinformaatio pitää räätälöidä yksilöllisesti iäkkään ja tarvittaessa tämän omaisten toiveita kuunnellen.

ABSTRACT

The number and proportion of elderly people in the population have increased sharply since the late 1900s and the growth will continue. In Finland, care for elderly people is nowadays provided at home as long as possible. Elderly home care clients have many illnesses and they use many drugs. In order for an older client to be able to live safely at home, the pharmacotherapy process amongst others must work well.

This licentiate thesis aimed at evaluating the functionality of the pharmacotherapy services from the point of view of elderly home care clients and their family caregivers. The functionality of the services was evaluated through two main research objectives. The first was to study the equivalence of the electronic medication records (EMRs) and the medicines actually used by the elderly home care clients. The second was to study what kind of experiences elderly home care clients and their family care givers who managed the medications for their family members have on pharmacotherapy services. The aim of the study was to identify whether the functionality of the services differs depending on who is responsible for managing the medications. Either the client her/himself (self – group), the family caregiver (caregiver –group) or the home care providers (home care –group) can be responsible for managing the medications. According to the literature, these differences between the groups have not been studied previously.

This work consisted of both a literature review and an empirical part. The aim of the literature review was to identify previous research on the elderly home care clients' medication management process and its functionality. According to 26 studies found, medication management process of elderly home care clients involves many safety-impairing factors, such as uncontrolled polypharmacy and problems with the information flow. In addition, discrepancies between recorded drug lists and actual drug use could be found amongst 53- 94 % of home care clients. In a study carried out in Finland, 40% of the home care clients had discrepancies in such medicines that could clinically compromise their treatment. Example of these medicines were opioids, beta blocking agents and antipsychotic medicines. Different kind of interventions and tools have been developed to improve the safety of pharmacotherapy of elderly home care clients.

The empirical part of the work was carried out in the home care of City of Turku. The participants were home care clients aged 65 years or more living in central, suburban or rural areas. Altogether, 17 elderly home care clients and 6 informal caregivers participated in the study, comprising an in-home survey and theme interview. Three of the informal caregivers were daughters, one granddaughter, one sister and one female friend. The average age of the clients was 83 years (67-97 v) and they represented three different ways of taking the responsibility for managing the medications: the client her/himself,

the family caregiver or the home care providers was responsible for managing the medications.

Elderly home care clients and their family caregivers were very satisfied with the home care pharmacotherapy services regardless of the group. The services were considered sufficient for the current functional status. However, similar safety-impairing factors were observed in the home care drug management process as in previous studies. The customers used many drugs and the medication lists were not always up to date. Discrepancies were more common among the caregiver –group. However, the differences between the groups were small. With respect to the ability to manage the medication use, the groups showed great variation. In addition, the study revealed that adverse drug reactions were not systematically observed and acted upon in home care. The clients and family care givers had not, in their opinion, received support in the medication management from health care professionals. Family caregivers hoped for more co-operation with home care.

The study showed the need for actions to ensure accurate information on currently used medication. Attention should be paid to the monitoring of adverse drug reactions and optimizing the medications in the home care and further training should be offered for nurses. Elderly home care clients are a very heterogeneous group for physical and cognitive function and, therefore, pharmacotherapy services and drug information for elderly home care clients should be tailored individually listening their opinion and, if needed their relatives.

SISÄLLYS

Tiivistelmä	3
Abstract.....	5
Sisällys	7
Tutkimuksessa käytetyt käsitteet ja lyhenteet	10
1 Johdanto	13
2 Iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon tutkimus ..	16
2.1 Kirjallisuushaku	17
2.1.1 Hakusanat	18
2.1.2 Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit	19
2.1.3 Julkaisujen valinta	20
2.2 Kirjallisuushaun tulokset.....	22
2.2.1 Tutkimusmaat ja -olosuhteet.....	41
2.2.2 Tutkimusmenetelmät.....	41
2.2.3 Tutkimusten päälöydökset	42
2.2.3.1 Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät ongelmat	42
2.2.3.2 Läkehoidon toteuttamiskyvyn mittaaminen	44
2.2.3.3 Läkehoidon toteutusta helpottavia tekijöitä.....	44
2.2.3.4 Erot potilastietojärjestelmissä olevien lääkelistojen ja asiakkaiden käyttämien lääkkeiden välillä	46
2.2.4 Tutkimusten rajoitukset ja tulevaisuuden tutkimukset...	47
3 Iäkkäät ja kotihoito Suomessa	48
3.1 Iäkkäiden kotihoidon järjestäminen	48
3.2 Iäkkäiden kotihoito Turussa.....	49
4 Tutkimusosa	51

4.1	Tutkimuksen tavoite	51
4.2	Tutkimusaineisto ja menetelmät	51
4.2.1	Kotihoidon asiakkaiden otanta, valinta ja rekrytointi.....	52
4.2.2	Tutkimusmenetelmät	54
4.2.2.1	Kyselytutkimus	54
4.2.2.2	Teemahaastattelu	55
4.3	Aineiston analyysi	56
4.3.1	Lääkitystietojen analyysi.....	56
4.3.2	Teemahaastattelun analyysi.....	56
5	Tulokset.....	58
5.1	Tutkimukseen osallistuneet kotihoidon asiakkaat ja ryhmät	58
5.2	Käytössä olevien lääkkeiden määrä ja vastaavuus potilastietojärjestelmän lääkelistan kanssa.....	60
5.3	Lääkehoitopalvelujen toimivuus iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta.....	61
5.3.1	Lääkehoitoon saadut palvelut ja niiden riittävyys.....	62
5.3.2	lääkeinformaatiolähteet	65
5.3.3	Lääkehoitoon saatu tuki ja palaute	67
5.3.4	Lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten seuranta.....	68
5.3.5	Iäkäs kotihoidon asiakas lääkehoidon toteuttajana	70
5.3.6	Lääkehoidon toteutuksesta vastaavien omaisten kokemukset ja toiveet lääkehoitoon liittyvistä palveluista	73
6	Pohdinta.....	75
6.1	Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden käytössä olevat lääkkeet ja lääkelistan ajantasaisuus	76
6.1.1	Monilääkitys ja lääkkeiden vaikutusten seuranta	76
6.1.2	Lääkelistojen erot ja eroja aiheuttavat tekijät	77
6.2	Kokemukset lääkehoitoon liittyvistä palveluista.....	79

6.2.1	Tyytyväisyys lääkehoitoon liittyviin palveluihin	79
6.2.2	Lääkehoitopalvelujen kehittäminen	80
6.2.3	Lääkeinformaation saanti.....	81
6.3	Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarat lääkehoidon toteuttamisessa	83
6.3.1	Kyky toteuttaa lääkehoitoa	83
6.3.2	Lääkehoitoon sitoutuminen.....	84
6.4	Omaisten kokemukset ja rooli lääkehoidon toteutuksessa....	85
6.5	Tutkimuksen eettisyys	87
6.6	Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	88
	Johtopäätökset	90
	Käytäntöön soveltaminen ja jatkotutkimuksen aiheita.....	92
	Kirjallisuusviitteet	93
	Liitteet	102

TUTKIMUKSESSA KÄYTETYT KÄSITTEET JA LYHENTEET

ATC -koodi	Lääkkeiden anatomis-terapeuttis-kemiallisen luokittelujärjestelmän koodi (engl. Anatomical Therapeutic Chemical Code, WHO 2013)
Farmasisti	Yhteisnimitys kaikista farmasian ammattilaisista, jota käytetään kandidaatin, maisterin ja tohtorin tasoisen tutkinnon suorittaneista (Suomessa farmaseutti ja proviisori)
Hallitsematon monilääkitys	Sellaisten lääkkeiden käyttäminen, joilla ei ole kliinistä indikaatiota (Fulton ja Riley Allen 2005)
Hoitoon sitoutuminen	Se, kuinka henkilön käyttäytyminen eli lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen vastaavat terveydenhuollonhenkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita (WHO 2003)
Ikääntynyt väestö	Vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä oleva väestö (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980)
Iäkäs	Henkilö, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980)
Kognitio	Tietoisuuden tietoa hankkiva ja kehittävä ulottuvuus
Kotihoito	Kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §: ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostama kokonaisuus (Sosiaalihoitlaki 2014/1301)

Lääkehoidon arviointi	Lääkärin tarvittaessa muun terveydenhuollon avustamana tekemää yksittäisen potilaan lääkityksen sekä sen tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden arviointia osana normaalia potilaan tutkimista ja hoidon suunnittelua (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2013)
Lääkehoidon kokonaisarviointi	Hoitavan lääkärin tekemä yksittäisen potilaan lääkehoidon ongelmien ratkaiseminen yhteistyössä klinisten asiantuntijoiden ja/tai moniammatillisen ryhmän kanssa. Hoitavan lääkärin arvioinnin lisäksi voi sisältää klinisen farmakologin, erityiskoulutetun proviisorin tai farmaseutin tai muun erityiskoulutetun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän perusteellisen kartoituksen lääkehoidon kokonaisuudesta toimenpide-ehdotuksineen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011)
Lääkehoidon tarkistus	Ammattilaisen (lääkäri, sairaanhoitaja, proviisori, farmaseutti) tekemää yksittäisen potilaan lääkityksen tarkistusta, jossa kartoitetaan mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet ja tarkistetaan, että lääkkeiden annostukset ja antoajankohdat vastaavat hyväksyttyä hoitokäytäntöä. (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus 2013)
Lääkehoidon toteuttamiskyky	Kognitiivinen ja fyysinen kyky toteuttaa määrättyä lääkehoitoa (Maddigan ym. 2003)
Lääkeinformaatio	Tietoa lääkkeistä ja lääkeshoidoista, joka on kuluttajien ja terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla eri tietolähteistä joko kasvotusten, kirjallisesti tai sähköisten palveluiden (puhelin, internet, televisio ja radio) kautta. Lääkeinformaatiota tuottavat esimerkiksi viranomaiset, terveydenhuollon ammattilaiset, lääketeollisuus ja potilasjärjestöt. Lääkevalmistekohtaisen informaation perustana on myyntiluvan myöntämisen yhteydessä hyväksytty valmisteyhtenveto ja siihen pohjautuva pakkausseloste (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011)

Lääkelistan ajantasaisuus

Lääkelista vastaa potilaan/asiakkaan käyttämää lääkitystä

Lääkeneuvonta

Asiakkaan/potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen neuvottelu, jossa ammattilainen asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ja tilanteen huomioon ottaen tukee tämän selviytymistä lääkehoitonsa kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011)

MMSE

Mini Mental State Examination on nopeatekoinen kognitiivista toimintakykyä testaava testi (Folstein ym. 1975)

Palvelutarpeen arviointi iäkkään henkilön arjesta suoriutumisen kattavaa, moniammatillista ja monipuolista arviointia palvelujen tai tukien saamiseksi. Sen suorittavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset yhdessä iäkkään henkilön ja/tai hänen edustajansa kanssa (Finne-Soveri ym. 2011)

Toimintakyky

Ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista – työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta ja harrastuksista, itsestä ja toisista huolehtimisesta siinä ympäristössä, jossa hän elää ja osallistuu (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017c)

RAI – arviointijärjestelmä

Standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-järjestelmä sisältää erilaisia arviointiin tarkoitettuja mittareita. RAI-järjestelmää ylläpitää ja sen oikeudet omistaa kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI. THL valvoo RAI-välineiden suomalaisia versioita (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017b)

1 JOHDANTO

Iäkkäiden määrä ja suhteellinen osuus väestöstä kasvoivat aikaisemmin vain kehittyneissä maissa, mutta nyt ilmiö on saavuttanut jo kehitysmaatkin (United Nations 2015). 65 vuotta täyttäneiden osuus maapallon väestöstä on arvioitu lisääntyvän 58 prosentilla vuoteen 2030 mennessä eli kasvavan 629 miljoonasta 995 miljoonaan ja yli kaksinkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä. Samalla vanhempien ikäluokkien eli yli 80 vuotiaiden määrä kolminkertaistuu. Tällä hetkellä suurin osa iäkkäistä asuu vähemmän kehittyneissä maissa. Samalla vanhempien ikäluokkien eli yli 80 vuotiaiden määrä kolminkertaistuu (United Nations 2015). Vuonna 2015 yli 60 vuotiaiden osuus väestöstä oli neljänneksi suurin Suomessa, jolloin heitä oli 27 prosenttia väestöstä. Suomessa 65 vuotta täyttäneitä oli vuoden 2015 lopussa 1,123 miljoonaa (Tilastokeskus 2015).

Useissa maissa iäkkään väestön hoito ja kuntoutus toteutetaan pääosin kotioloissa tapahtuvana kotisairaanhoidon palveluna (Lundsgaard 2005). Kun omainen tai läheinen osallistuu iäkkään hoitoon, saattaa kotiin annettu hoito tulla halvemmaksi kuin laitoshoidon (Tarricone ja Tsouros 2008). Useimmat ikääntyneet ihmiset Euroopassa haluavat asua ja tulla hoidetuksi kotona niin pitkään kuin se on mahdollista (European Commission 2007).

Kotisairaanhoidon järjestetty eri tavalla eri maissa. Esimerkiksi Englannissa kotisairaanhoidon on kattavaa ja se on integroitu perusterveydenhuoltoon (Goodman ym. 2003). Perusterveydenhuolto ja kotisairaanhoidon ovat ilmaisia asiakkaille. Yhdysvalloissa terveydenhuolto ja kotisairaanhoidon ovat puolestaan vakuutusperusteisia. Osalle yli 65 vuotiaista osavaltiot kustantavat sairausvakuutuksen, jonka kattavuus vaihtelee osavaltioittain. Palvelun tuottajat ovat yleensä yksityisiä. Ruotsissa vanhusten kotona asumisessa tarvittavista palveluista vastaavat kunnat (Socialtjänstlag 2001/453). Palvelut sisältävät sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palveluja. Palvelujen sisältö vaihtelee kunnittain.

Suomessa kunnat ovat velvoitettuja järjestämään iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvet (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetuista 2012/980). Kuntien pitää huolehtia iäkkäiden toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen tukemisesta. Suurin osa suomalaisista iäkkäistä selviää kotonaan itsenäisesti. Vuonna 2015 87 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä pystyi asumaan kotonaan ilman kotihoidon tai omaishoidon tukea (Sosiaali- ja terveystministeriö ja Kuntaliitto 2017). Niille, jotka eivät selviä itsenäisesti, mahdollistetaan kotona asuminen koti- ja omaishoidon avulla. Säännöllistä kotihoitoa tai omaishoidon tukea sai noin 95 000 henkilöä eli 9 % yli 65 vuotta täyttäneestä väestöstä vuonna 2015.

Iäkkäiden lääkehoito on usein hyvin vaativaa, koska käytössä on paljon lääkkeitä ja niihin saattaa sisältyä monia riskejä kuten interaktioita ja päällekkäisyyksiä (Meredith ym. 2001). Iän myötä lääkkeiden

farmakokinetiikkaan ja farmakodynamiikkaan tulee muutoksia, jotka voivat aiheuttaa suurentuneen riskin saada lääkkeitä haittavaikutuksia (Routledge ym. 2004). Riski on suurempi, jos käytössä on paljon lääkkeitä. Euroopassa 19,8 prosentilla iäkkäistä kotisairaanhoidon asiakkaista on käytössä vähintään yksi iäkkäille sopimaton lääke ja puolella asiakkaista on kuusi tai enemmän lääkkeitä säännöllisessä käytössä (Fialová ym. 2005). Lääkkeiden tahaton yliannostelu on kuitenkin suurempi syy iäkkäiden sairaalaan joutumiselle (Budnitz ym. 2011). Eniten sairaalahoitoa vaativia haittavaikutuksia iäkkäille aiheuttavia lääkkeitä ovat antitromboottiset ja diabeteslääkkeet. Lääkehoidon pitää olla hallittua eli käytössä pitää olla vain sellaisia lääkkeitä, joilla on kliininen indikaatio. (Huupponen ja Hartikainen 2011). Toisaalta iäkkäillä esiintyy myös alilääkitystä ja lääkkeiden käyttämättä jättämistä, jolloin iäkäs jää ilman näyttöön perustuvia hoitoja (Pitkälä ym. 2006).

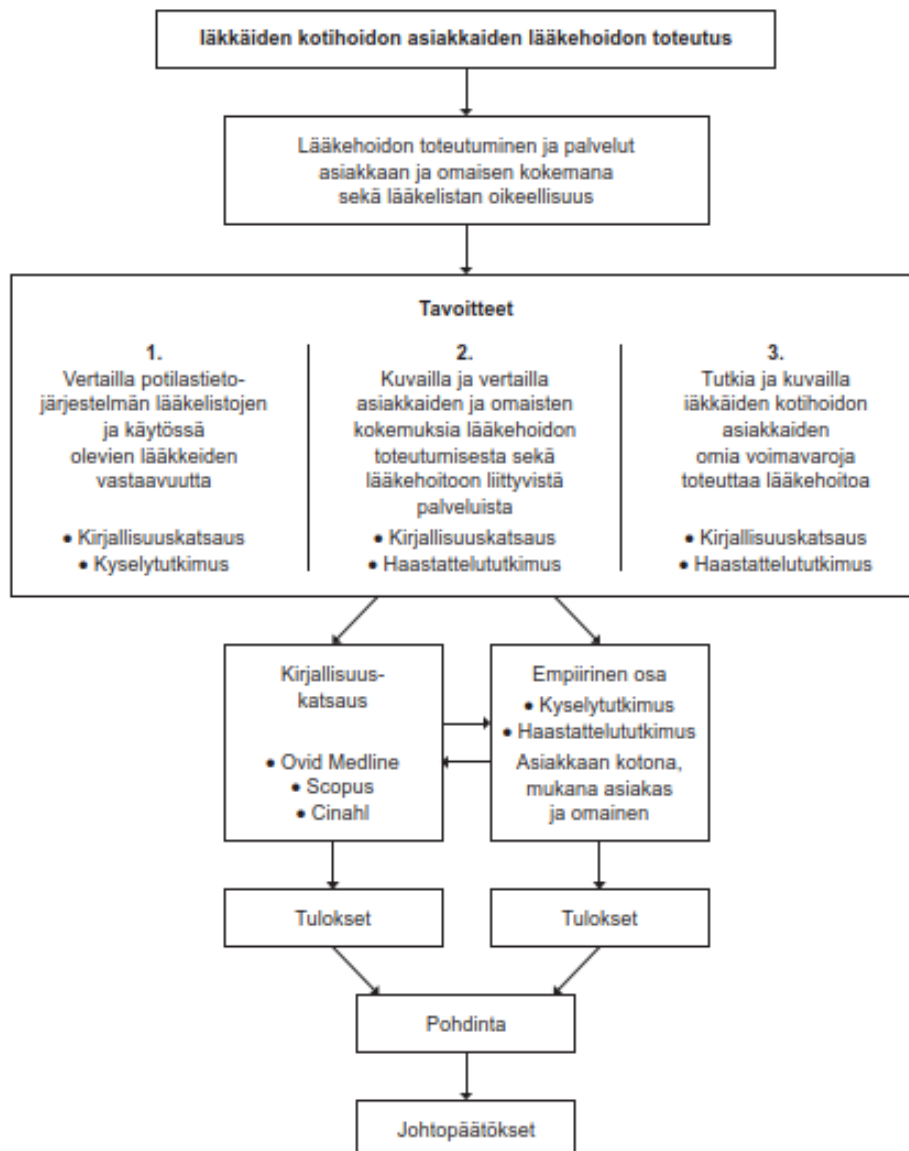
Lääkehoidon toteuttaminen vaatii sekä fyysisiä että kognitiivisia kykyjä. Iän karttuessa kognitiiviset häiriöt lisääntyvät (Ferri ym. 2005). Iäkkään kyky toteuttaa omaa lääkehoitoaan riippuu kognitiivisen toimintakyvyn lisäksi myös siitä, miten helposti tai vaikeasti toteutettava lääkehoito hänellä on (Hain ym. 2012; Maddigan ym. 2003).

Sairaanhoidajien kokemusten mukaan kommunikaatio lääkärin ja kotisairaanhoidon asiakkaiden välillä on usein puutteellista ja johtaa helposti lääkehoidon vaaratapahtumiin kuten elintärkeän lääkehoidon käyttämättä jättämiseen (Ellenbecker ym. 2004). Oikean lääkityksen selvittäminen sairaalasta kotiutumisen jälkeen on usein vaikeaa esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaan kognitio on alentunut ja sairaalassa tehdyt lääkehoidon muutokset eivät ole perusterveydenhuollon tiedossa. Suuri lääkemäärä, kognitiivisen toimintakyvyn häiriöt, korkea ikä, yksinasuminen ja kalliit lääkkeet ovat tekijöitä, jotka vaikeuttavat iäkkään kotisairaanhoidon asiakkaan lääkehoidon onnistumista (Flaherty ym. 2000; Meredith ym. 2001).

Resurssit iäkkäiden hoitamiseksi tulevat entistä rajallisemmiksi, kun iäkkäiden suhteellinen osuus väestöstä kasvaa (United Nations 2015). Tällöin on yhä tärkeämpää, että hoito ja hoiva ja siihen kuuluva lääkehoito toimivat tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Lisäksi on tärkeää, että iäkkäät osallistuvat omien voimavarojensa mukaisesti lääkehoitoonsa. Myös omaisten työpanos iäkkäiden hoitamisessa tulee edelleen korostumaan. Tarvitaan myös uusia innovaatioita ja teknologiaa tuottamaan tarvittavat palvelut iäkkäille (United Nations 2015). Vanhusväestön hoitamiseen tarvittavat kustannukset tulevat kasvamaan. Suomen hallitus onkin selvittänyt keinoja iäkkäiden tarvitsemien lääkehuoltopalvelujen kustannusten hillitsemiseksi muun muassa omaishoitoa ja hoiva-avustajien koulutusta lisäämällä (Hallitusohjelma 2015).

Tämän lisensiaattitutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, miten hyvin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoprosessi toimii asiakkaan ja lääkehoitoa toteuttavien omaisten näkökulmasta. Lääkehoitoprosessin toimivuutta tutkittiin lääkkeiden hankinnasta vaikutusten seurantaan ja

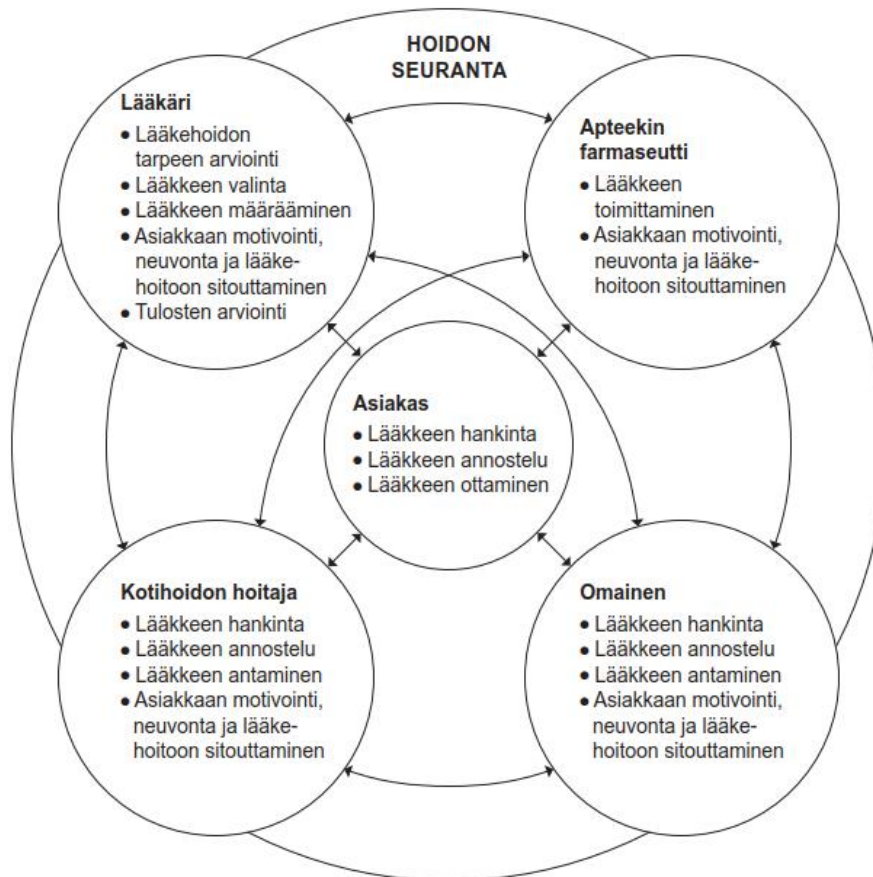
arviointiin. Tutkimus oli kaksiosainen. Ensimmäisessä osassa selvitettiin potilastietojärjestelmään tallennetun lääkelistan vastaavuutta asiakkaan todellisuudessa käytössä oleviin lääkkeisiin. Toisessa osassa selvitettiin asiakkaiden ja lääkehoitoa toteuttavien omaisten kokemuksia lääkehoidon toteutumisesta ja lääkehoitoon liittyvistä palveluista. Työn tavoitteena oli tutkia myös asiakkaiden näkemystä siitä, kuinka paljon he voivat itse toteuttaa omaa lääkehoitoaan. Ennen työn kokeellista osaa tehtiin kirjallisuushaku tutkimuksista, joissa oli tutkittu iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta. Tutkimuksen toteutus on kuvattu kuvassa 1.



Kuva 1 Kaaviokuva läikkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutus – tutkimuksen suorittamisesta

2 IÄKKÄIDEN KOTISAIRAANHOIDON ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOIDON TUTKIMUS

Lisensiaattitutkimuksen tässä osassa kuvataan tutkimuksia, joissa on tutkittu kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoitoprosessin toimivuutta ja lääkehoidon toteutusta. Lääkehoitoprosessi on monivaiheinen toimintaketju, johon kuuluvat lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta ja määrääminen, toimittaminen, annostelu, antaminen, potilaan motivointi, neuvonta, lääkehoitoon sitouttaminen, hoidon seuranta, tulosten arviointi sekä tiedonkulun varmistaminen potilaalle ja hoitoon osallistuville organisaatioille ja henkilöille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Lääkehoitoprosessi on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2 Lääkehoitoprosessin eri vaiheet, prosessiin osallistuvat toimijat ja tiedonkulku eri toimijoiden välillä. Nuolet kuvaavat tiedonkulkua.

Potilaan osalta turvallinen ja rationaalinen lääkehoitoprosessi edellyttää hänen sitoutumistaan omaan lääkehoitoonsa (WHO 2003). Sitoutumisella lääkehoitoon tarkoitetaan sitä, että henkilö käyttää lääkkeitä yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa sopimiensa ohjeiden mukaisesti. Lääkehoitoon sitoutumattomuus on yleistä kaikissa ikäluokissa. Arviolta jopa 40 – 60 prosenttia potilaista käyttää lääkkeitään eri tavalla kuin mitä lääkäri on määrännyt (Nichol ym. 1999). Sitoutumattomuus lääkehoitoon aiheuttaa sen, että hoidolla tavoitellut vaikutukset jäävät saavuttamatta ja samalla terveydenhuollon resursseja kuluu hukkaan (WHO 2003). Ongelman vakavuuteen onkin havahduttu ja muun muassa iäkkäiden lääkehoitoon sitoutumista on tutkittu paljon (Bilotta ym. 2011; Branin 2001; Corsonello ym. 2009; Eapen ym. 2014; Foebel ym. 2012; Higgins ja Regan 2004). Tutkimusten mukaan lääkehoidot, joissa lääkettä pitää annostella useita kertoja vuorokaudessa (Corsonello ym. 2009) ja kognitiivisen toimintakyvyn lasku lisäävät lääkehoitoon sitoutumattomuutta iäkkäillä (Foebel ym. 2012). Omaisten tuen on taas todettu lisäävän hoitoon sitoutumista (WHO 2003). Kokeellisissa tutkimuksissa iäkkäiden lääkehoitoon sitoutumista on saatu parannettua interventioilla, jotka sisälsivät muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten antamaa koulutusta ja neuvontaa lääkkeiden käyttäjille (Higgins ja Regan 2004). Interventioiden kliininen vaikutus on kuitenkin useimmiten jäänyt lyhytaikaiseksi. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kokemuksia ja toiveita lääkehoitoprosessiin kuuluvista palveluista on puolestaan tutkittu vähemmän.

Tämän tutkimuksen kirjallisuushaku tehtiin niistä lääkehoitoprosessin osa-alueista, jotka liittyvät tutkimuksen empiirisen osan aiheisiin. Empiirisessä osassa (tutkimusosa s. 50 alkaen) tutkittiin kotihoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmässä olevien lääkelistojen ja todellisessa käytössä olevien lääkkeiden vastaavuutta (4.2.3. lääkitys ja taustatiedot), lääkehoidon toteutumista ja lääkehoitopalveluja asiakkaiden ja lääkehoitoa toteuttavien omaisten näkökulmasta sekä asiakkaiden omia voimavaroja lääkehoidon toteuttamisessa (4.2.4. teemahaastattelu). Siten kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jätettiin lääkehoitoprosessista lääkehoidon tarpeen arvioiminen ja lääkkeen määrääminen, koska ne eivät kuulu tämän työn tutkimuskysymyksiin.

2.1 KIRJALLISUUSHAKU

Kirjallisuushaun tavoitteena oli selvittää, mitä asioita on tutkittu iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoprosessista ja minkälaisia löydöksiä on saatu prosessin toimivuudesta ja kehittämiskohteista; onko tutkimuksissa löydetty ongelmallisia kohtia tai puutteita ja onko kehitetty uusia toimintatapoja, joilla voitaisiin parantaa iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta. Tavoitteena oli hakea myös tutkimuksia, joissa on

tutkittu iäkkäiden asiakkaiden lääketietämystä ja kokemuksia kotihoidon lääkehoitopalveluista. Tutkimuksen empiiriseen osaan liittyen haluttiin selvittää myös onko tehty tutkimusta potilastietojärjestelmien lääkelistan ajantasaisuudesta. Lisäksi kirjallisuushaun avulla haluttiin selvittää, mitä tutkimusmenetelmiä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoa käsittelevissä tutkimuksissa on käytetty. Artikkelien hakuun käytettiin kolmea sosiaali- ja terveydenhuollon kansainvälisiä tutkimusjulkaisuja sisältävää sähköistä tietokantaa: Ovid Medline, Scopus ja Cinahl. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutukseen liittyvän kirjallisuushaun aihealueet olivat seuraavat:

- sähköisten potilastietojärjestelmien lääkelistojen vastaavuus käytössä oleviin lääkkeisiin
- lääkehoidon toteutus
- iäkkäiden omat voimavarat lääkehoidon toteutuksessa ja tietämys omista lääkkeistään
- iäkkäiden kokemukset kotisairaanhoidon lääkehoitopalveluista

Löydetyistä ja työhön valikoituneista tutkimuksista tunnistettiin päälöydökset, jotka tiivistettiin ja vietiin taulukoituna kirjallisuushaun tulokset osaan (2.2).

2.1.1 HAKUSANAT

Haut tehtiin taulukossa 1. esitetyillä hakusanoilla ja – termeillä. Kussakin tietokannassa käytetty hakustrategia on esitetty tarkemmin liitteessä 1. Artikkeleita etsittiin myös löydettyjen artikkeleiden viitelistoilta.

Taulukko 1. *Kansainvälisistä tieteellisistä tietokannoista tehdyissä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta ja kokemuksia koskevassa kirjallisuushaussa käytetyt hakusanat ja – termit.*

lääkkäät ja vastaavat termit (n=5)	Kotihoito, kotisairaanhoido ja vastaavat termit (n=6)	Lääkehoito ja vastaavat termit (n=4)	Läkkeet ja tietämys lääkkeitä ja vastaavat termit (n=8)	Potilaiden kokemukset ja vastaavat termit (n=2)	Sähköinen lääkelista ja virheet (n=2)
Aged. Aged, 80 and over. Elderly. Older adults. Geriatric.	Outpatients. Home care services. Home health care. Visiting nurse. Community health nursing. Home health care nursing.	Medication systems. Medication therapy management. Medication therapy. Medication management.	Medication. Drugs. Generic. Nonprescription drugs. Behind-the-counter drugs. Prescription drugs. Patient medication knowledge. Knowledge of drugs.	Experiences of patients. Experiences of customers.	Electronic medical record. Discrepancies.

2.1.2 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN SISÄÄNOTTO- JA POISSULKUKRITEERIT

Kirjallisuuskatsauksessa haettiin kotihoidossa tai kotisairaanhoidossa tehtyjä tutkimuksia (taulukko 2.). Mukaan otettiin kuitenkin myös sellaiset tutkimukset, joissa oli sekä laitos- että avoterveydenhuollon potilaita, jos mukana oli myös kotihoidon tai kotisairaanhoidon asiakkaita. Pelkästään laitosolosuhteissa tehdyt tutkimukset rajattiin ulos. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu tarkemmin taulukossa 2.

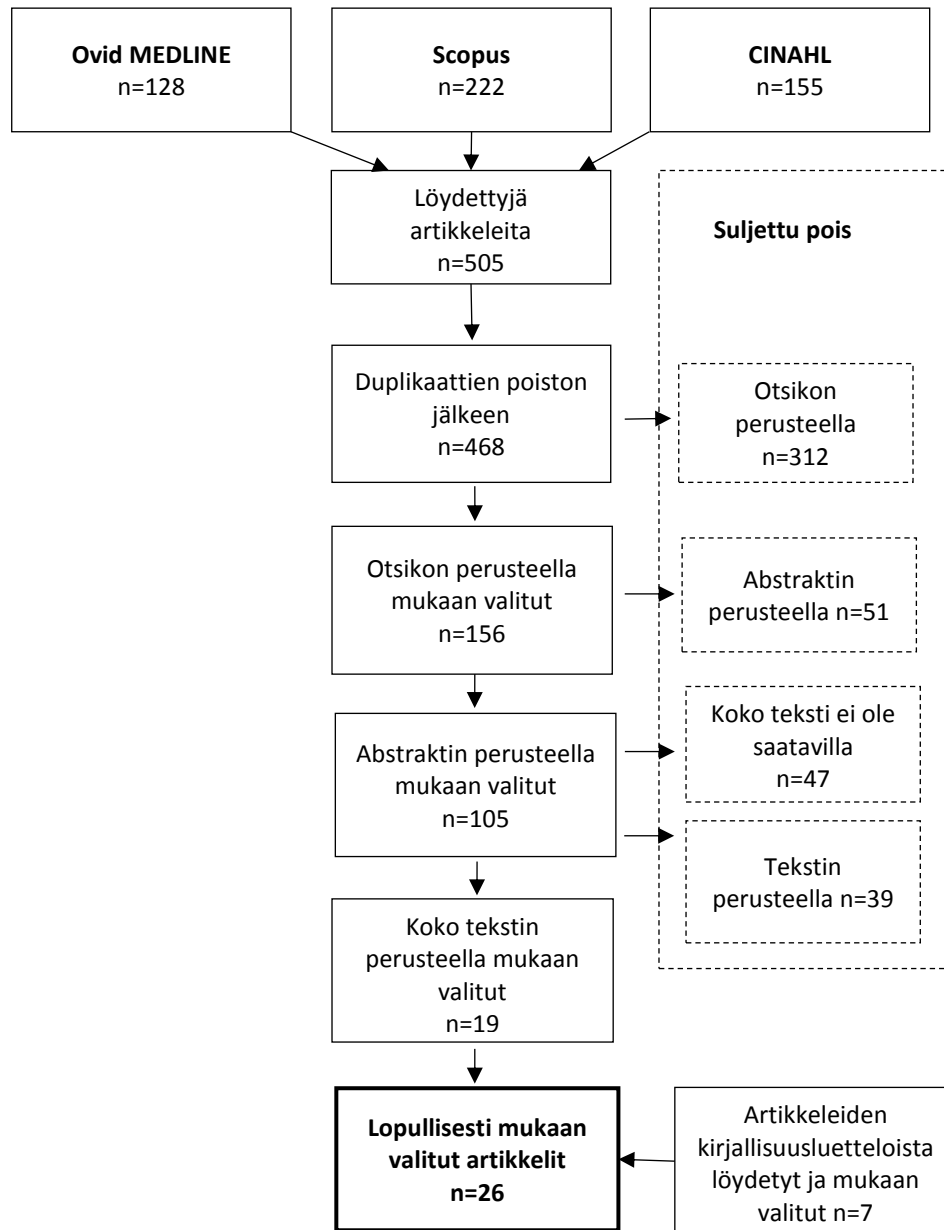
Taulukko 2. *lääkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutukseen, lääketietämykseen, kokemuksiin lääkehoitopalveluista ja lääkelistojen virheellisyyteen liittyvien artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit.*

	Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Potilaat	Suurin osa osallistujista on iältään 65 vuotta tai yli.	Suurin osa osallistujista on iältään alle 65 vuotta.
Olosuhde	Kotihoito/ kotisairaanhoido.	Pelkästään sairaala- tai hoitolaitosolosuhde.
Tutkimuksen aihe	Läkehoidon toteutus. Kotisairaanhoidon asiakkaiden tietämys omista lääkkeistään. Asiakkaiden kokemukset kotisairaanhoidon palveluista. Asiakkaiden potilastietojärjestelmän lääkelistan ja käytössä olevien lääkkeiden vastaavuus.	Yhteen sairauteen liittyvä interventio. Läkehoitoon sitoutuminen pääaihe. Katumisen ehkäisy. Läkkeiden määräämistä parantava interventio. Farmaseuttisten palveluiden kehittäminen. Läkehoitoihin liittyvät ongelmat. Sähköisen lääkelistan kehittäminen.
Aika	Ei aikarajoitusta. Viimeinen artikkeleiden hakupäivä oli 1.9.2016.	
Tutkimusasetelmat	Kaikki tutkimusmenetelmät ja järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset.	Ei-tieteelliset julkaisut.
Muut	Englannin kieli. Koko teksti on saatavilla Helsingin yliopiston kautta.	Muu kuin englannin kieli. Koko teksti ei ole saatavilla Helsingin Yliopiston kautta.

2.1.3 JULKAISUJEN VALINTA

Artikkeleita löytyi yhteensä 505 kappaletta (kuva 3.). Viitteet vietiin Refworks viitteidenhallintaohjelmaan (Vaughn 2013), jossa aineistosta poistettiin artikkeleiden kaksoiskappaleet. Kaksoiskappaleita poistettiin myös manuaalisesti. Kaksoiskappaleiden poiston jälkeen julkaisuja jäi jäljelle 468 kappaletta. Näistä artikkeleista karsittiin pois sellaiset, jotka eivät täyttäneet tutkimuksen sisäänottokriteereitä (taulukko 2.) tai jotka eivät muutoin käsitelleet tutkimushaun tavoitteen mukaisia asioita. Ensimmäiseksi karsinta tehtiin otsikoiden perusteella, sen jälkeen abstraktin ja lopuksi koko tekstin perusteella (Higgins ja Green 2011). Mukaan otettiin vain englanninkieliset

artikkelit ja sellaiset, joista oli saatavilla koko teksti Helsingin yliopiston kautta (taulukko 2.). Hauissa ei tehty julkaisemisajankohtarajausta. Julkaisujen valinta ja karsintaprosessi on kuvattu kuvassa 3.



Kuva 3 Kansainvälisistä tieteellisistä tietokannoista tehdyn kirjallisuushaun perusteella löydettyjen julkaisujen valinta- ja poissulkemisprosessin kuvaus.

2.2 KIRJALLISUUSHAUN TULOKSET

Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kokemuksiin lääkehoidon palveluista, lääkehoidon toteutukseen ja lääkelistojen oikeellisuuteen liittyviä sisäänottokriteerit täyttäviä tutkimuksia löydettiin 26 kappaletta. Kirjallisuushakujen tuloksista mukaan valitut julkaisut jaettiin kolmeen ryhmään sen mukaan, mikä oli tutkimuksen pääasiallinen tutkimusaihe:

- iäkkäiden kotihoidon/kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutus ja iäkkäiden omat voimavarat toteutuksessa (20 julkaisua)
- iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden kokemukset kotisairaanhoidon lääkehoidon palveluista (3 julkaisua)
- iäkkäiden kotihoidon/kotisairaanhoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmien lääkelistojen ja todellisuudessa käytössä olevien lääkkeiden vastaavuus (3 julkaisua)

Aihealueiden mukaan julkaisut ja niiden päälöydökset on esitetty tiivistettyinä taulukoissa 3. – 5. Tutkimusten tuloksia on tarkasteltu tarkemmin ja tuloksia on verrattu keskenään kappaleissa 2.2.3.1 – 2.2.3.4, joissa tutkimuksista on koottu myös yhteenvetoja.

Taulukko 3. Tutkimukset, joissa on tutkittu iäkkäiden kotihoidon/kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta ja lääkehoidon turvallisuutta parantavia toimenpiteitä ja interventioita (n=20). Tutkimukset on esitelty tekijän mukaan aakkosjärjestyksessä.

Viite	Maa ja tutkimusolosuhteet	Tarkoitus	Menetelmä	Aineisto	Päälöydökset
Beckman ym. 2005	Ruotsi, laitoshoido, palveluasuminen, kotisairaanhoido tai kotona asuva ilman kotihoitoa.	Tutkia iäkkäiden kognitioon, näkökykyyn ja fyysiseen toimintakykyyn perustuvaa lääkehoidon toteuttamiskykyä.	Haastattelu- ja havainnointitutkimus, kuvaileva analyysi SPSS Windows ohjelmalla, satunnaisotos.	Yli 77 vuotiaat, kotona tai laitoksessa asuvat iäkkäät. Haastattelut tehtiin kotona, laitoksessa tai puhelimitse. Lääkkeiden ottamiskykyä testattiin käsien toimintatestillä (lääkepullojen avaaminen), näkötestillä (etikettien lukeminen) ja lääkkeiden hallintatestillä (3 lääketiedon ymmärtämistä ja laskutaitotesti).	Osallistujista (n=492) 9 % ei osannut lukea ohjelipun ohjeita, 15 %:lla oli vaikeuksia avata muovinen flip-top lääkepurkki. Lääkkeiden oikeaa käyttöä testaavissa kognitiivisissa testeissä: ➤ 31 % ei löytänyt pakkausselosteesta vastausta esitettyihin kysymyksiin ➤ 47 % ei osannut laskea kuurin pituutta ➤ 20 % ei osannut laskea kuinka paljon rahaa he olisivat saaneet takaisin kuvitteellisessa ostotapahtumassa. ➤ 66 %:lla oli vähintään yhdessä lääkkeiden käyttökäytössä puutteita. Näistä 32 % asui yksin ilman kotihoidon apua. Suurimmalla osalla ruotsalaisista 77 v tai vanhemmista on joko fyysinen, näkö- tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvä puute, joka vaikeuttaa lääkehoidon toteuttamista.
Blenkiron 1996	Iso-Britannia (UK), kotisairaanhoido ja sairaalaolosuhde,	Tutkia kotisairaanhoidon ja sairaalassa olevien potilaiden tietämystä	Laadullinen haastattelututkimus.	75 vuotta täyttäneet potilaat. Ensin selvitettiin kaikki käytössä olevat lääkkeet	Osallistujien (n=80) keski-ikä oli 81,4 vuotta. Osuus lääkkeitä, joista osallistujat tiesivät oikein: ➤ 72 % käyttötarkoituksen ➤ 75 % annostuksen

	maaseutu- ympäristö.	lääkkeistä, lääkehoitoon sitoutumista ja lääkehoidon toteutukseen liittyviä ongelmia.		ja sen jälkeen tehtiin haastattelu.	<p>➤ 64 % nimet</p> <p>lääkkäiden oman arvion mukaan heidän sitoutumisensa lääkehoitoon oli hyvä (=ei koskaan unohda ottaa annosta) 77 % määrättyistä lääkkeistä. 31 %:lla osallistujista oli vaikeuksia ottaa lääkkeitä pakkauksista. 54 % kertoi, että heillä ei ollut mitään ongelmia lääkkeiden ottamisessa.</p> <p>Osallistujilla oli erilaisia strategioita, joilla muistivat ottaa lääkkeensä. Näitä olivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ruoka-aikoihin liittäminen (19 %). ➤ Hoitaja muistuttaa (11 %). ➤ Sängystä nousemiseen tai nukkumaan menemiseen yhdistäminen (8 %). ➤ Pitämällä näkyvillä pöydällä (5 %). ➤ Dosetti (3 %). ➤ Oireet muistuttavat (3 %). ➤ Muu (4 %). ➤ Ei mitään (23 %).
Branin 2001	USA, kotisairaanhoido, kaupunkiympäristö.	Tutkia minkälaisia menetelmiä iäkkäät käyttävät, jotta muistavat ottaa lääkkeensä.	Kyselytutkimus ja kuvaileva tilastollinen analyysi.	yli 64 vuotiaat kotona asuvat iäkkäät, joilla käytössä reseptilääkkeitä. Osallistujat rekrytoitiin tutkimukseen kahdesta vanhusten keskuksesta Los Angelesissa. Kyselyllä selvitettiin yleistä terveydentilaa, masennusta, lääkkeiden	<p>Osallistujista (n=190) vain 13 % sai apua lääkehoidossa (puoliso 48 %, hoitaja 20 % tai sukulainen 12 %).</p> <p>Osallistujat käyttivät useammin sisäisiä- kuin ulkoisia muististrategioita lääkkeiden ottamisessa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Yleisin (49 %) strategia oli liittää lääkkeen ottaminen päivittäisiin rutiineihin. ➤ Toiseksi yleisin (36 %) oli tehdä mielessään kuva, mitä pitää tehdä. ➤ Kolmanneksi yleisin tapa oli liittää lääkkeen nimi siihen sairauteen mihin se on määrätty (32 %). ➤ Dosetti oli yleisin ulkoinen muististrategia (40 %).

				käyttöön saatua sosiaalista tukea ja lääkeshoidon toteutuksessa käytettyjä muististrategioita.	Parhaiten lääkkeiden ottamiset muistettiin, jos ne oli ohjeistettu liittämään päivän rutiineihin.
Dimitrow ym. 2014	Suomi, kotihoito.	Kehittää validoitu arviointityökalu, jonka avulla lähihoitajat voivat havaita 65 vuotta täyttäneiden tai vanhempien kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyviä ongelmia.	Systemaattinen kirjallisuus-katsaus ja Delphi menetelmä.	65 vuotiaat tai vanhemmat kotihoidon asiakkaat. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kehitettiin ensimmäinen versio työkalusta ja lopullinen versio asiantuntijapaneelissa Delphi menetelmällä.	Kehitettiin 18 kohtaa sisältävä arviointityökalu, jolla lähihoitajat pystyivät löytämään kotihoidon asiakkaiden lääkitykseen liittyviä ongelmia ja riskejä. Työkaluun oli valittu tärkeimmät riskitekijät. Työkalu auttoi lähihoitajia löytämään myös ratkaisun havaittuihin ongelmiin.
Ellenbecker ym. 2004	USA, kotisairaanhoido.	Kuvailla kotisairaanhoidajien huomioita ja kokemuksia iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkeshoidosta.	Kuvaileva kyselytutkimus, kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen osa.	Kuuden osavaltion rekisteristä valittiin mukavuusotannalla kotisairaanhoidajia, joille lähetettiin kysely. Kyselyyn vastasi 101 kotisairaanhoidajaa.	Hoitajien kokemuksen mukaan suurimmalla osalla iäkkäistä kotisairaanhoidon asiakkaista oli yli viisi lääkettä käytössä. Monet käyttivät lääkkeitä eri tavalla kuin, mitä oli määrätty ja monella asiakkaalla oli lääkkeiden aiheuttamaan haittavaikutukseen viittavia oireita. Lääkityspoikkeamat johtuivat joko asiakkaasta itsestään (taloudellinen tilanne, tietämys lääkeshistä, motivaation puute, ei halua noudattaa lääkitysohjeita, läheisen puute, näkökyvyn tai kognition heikentyminen) tai puutteellisesta kommunikaatiosta

					<p>terveydenhuollon systeemissä (lääkärin ja hoitajien välillä, lääkäri kertoi vain potilaalle lääkitysmuutokset, mutta ei hoitajalla).</p> <p>Tulosten perusteella suositeltiin teknologioiden hyödyntämistä, hoitajien antamaa ohjausta, parempaa kommunikointia, selvempiä lääkelistoja sekä parin päivän lääkkeiden antamista sairaalasta kotiutuvalle.</p>
Farris ym. 2003	USA, kotisairaanhoito.	Tutkia voiko yksinkertaisilla testeillä selvittää paljon apua tarvitsevien iäkkäiden kykyä toteuttaa lääkehoitoa.	Kysely- ja havainnointitutkimus.	<p>Yli 60 vuotiaat kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla on käytössä vähintään 10 lääkettä ja korkea riski lääkitysongelmille. Kliininen farmasisti selvitti kotikäynnillä asiakkaan käytössä olevat lääkkeet, tiedot lääkkeiden käyttötarkoituksesta, kyky toteuttaa lääkehoitoa, kyky lukea ohjeet ja avata lääkepakkaukset sekä lääkehoitoon sitoutuminen Morisky skaalalla. Laskettiin Medication complexity index (MCI) ja tehtiin kellon piirtämistä.</p>	<p>Osallistujien (n=36) keski-ikä oli 71,8 vuotta. Kellonpiirtotesti ja Medication complexity index (MCI) soveltuivat paljon lääkkeitä käyttävien iäkkäiden lääkehoidon toteuttamiskyvyn arviointiin. MCI:n kuuluvat käytössä olevien lääkkeiden määrä, annosten lukumäärä ja ohjeet, joita täytyy noudattaa, jotta lääkehoidon toteutus onnistuu.</p>

Feldman ym. 2009	USA, kotisairaanhoido.	Tehdä kirjallisuuskatsaus toimenpiteistä, joilla voidaan parantaa iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoitoa.	Kirjallisuus- katsaus.	lääkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutukseen (Medication Management) liittyviä meta-analyyseyä, järjestelmällisiä kirjallisuuskatsauksia ja yksittäisiä tutkimuksia etsittiin Medline, CINAHL, AgeLine ja GreyLit tietokannoista.	Järjestelmällisiä kirjallisuuskatsauksia, meta-analyyseyä ja yksittäisiä tutkimuksia, jotka käsittelivät iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon turvallisuutta, löydettiin yhteensä kolmekymmentä. Niiden mukaan iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyviä ongelmia voitiin vähentää: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lääkkeiden määrää pienentämällä. ➤ Lääkitystä yksinkertaistamalla. ➤ Lääkityksen kokonaisarvioinnilla. ➤ Antamalla lääkkeitä riittävästi informaatioita. ➤ Varmistamalla, että asiakkaat tietävät lääkkeidensä tarkoituksen. ➤ Muistia ja annostelua helpottavien apuvälineiden käytöllä.
Gillespie ym. 2014	Australia, kotisairaanhoido.	Kirjallisuuskatsaus siitä, mitä tiedetään iäkkäiden kotona asuvien dementikkojen lääkehoidon toteutuksesta, kun toteutuksesta vastaa omaishoitaja.	Kirjallisuus- katsaus.	Tietokannoista haettiin tutkimuksia, jotka käsittelivät omaishoitajien kykyä toteuttaa iäkkään dementiapotilaan lääkehoitoa.	Löydetyissä (n=10) tutkimuksissa oli havaittu, että omaishoitajan rooli oli monimuotoinen ja sitä vaikeuttivat lääkehoidon muuttuminen aikaa myöden monimutkaisemmaksi, hoidettavan ja hoitajan välinen suhde, terveydenhuollon toimintatavat ja omaishoitajalle annettavan informaation ja koulutuksen puute.
Griffiths ym. 2004	Australia, kotisairaanhoido.	Tutkia iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden tietämystä lääkkeitään, kykyä	Haastattelu- ja interventiotutki- mus.	65 vuotiaat tai vanhemmat kotisairaanhoidon asiakkaat (n=111) haastateltiin ja heistä valittiin ne (n=24), joilla	Osallistujien (n=111) keski-ikä oli 76,7 vuotta. He käyttivät keskimäärin 10,4 lääkettä päivittäin. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vain 8 % selvisi täysin oikein lääkehoidon toteutusta testaavista tehtävistä. ➤ Suurin osa (54 %) teki yhden tai kaksi virhettä.

		noudattaa lääkitysohjeita ja voiko kotihoidon hoitajien interventiolla parantaa näitä taitoja.		oli huonot tiedot lääkkeistä ja heikentynyt kyky toteuttaa lääkehoitoa. Heille tehtiin sairaanhoitajan tekemä interventio, jonka jälkeen osallistujien kyky toteuttaa lääkkeitä testattiin Romonko ja Perelesin menetelmällä.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 29 % ei pystynyt avaamaan ja sulkemaan lapsiturvallista korkkia. ➤ 38 %:lla oli ajoittain vaikeuksia niellä tabletteja. ➤ 79 % ilmoitti vastaavansa itse lääkkeiden jaosta. ➤ 75 % tiesi oikein kaikkien lääkkeidensä nimet ja annostuksen. ➤ 67 % ilmoitti ainakin yhden lääkkeensä vaikutustavan väärin. <p>Interventioon osallistuneiden (n=24) tietämys lääkkeidensä nimistä ja annostuksista paranivat. Sairaanhoitajien interventiolla saatiin parannettua iäkkäiden kykyä toteuttaa lääkkeitä.</p>
Gusdal ym. 2011	Ruotsi, kotisairaanhoito.	Tutkia pilottitutkimuksessa kehitetyn lääkityksen turvallisuutta testaavan (Safe Medication Assessment eli SMA) työkalun kykyä tunnistaa lääkitykseen liittyvät riskit sekä työkalun hyödyllisyyttä kotisairaanhoitajien työssä.	Kokeellinen- ja kyselytutkimus.	Terveysasemien sairaanhoitajia rekrytoitiin tutkimukseen Tukholman terveysasemilta ja mukavuusotannalla valituilta Sörmlandin terveysasemilta. Tutkimuksen kokeellisessa osassa sairaanhoitajat (n=25) käyttivät SMA työkalua työssään kolmen – kuuden kuukauden ajan.	SMA työkalun avulla sairaanhoitajat pystyivät havaitsemaan iäkkäiden lääkkeitä liittyvät tärkeimmät riskitekijät. Työkalu antoi sairaanhoitajille paljon uutta tietoa iäkkäiden lääkityksistä. Työkalu oli sairaanhoitajien mielestä helppokäyttöinen, helposti ymmärrettävä, sisälsi tarpeelliset kohdat ja sen käyttö ei vienyt liikaa aikaa.

				<p>He selvittivät työkalun avulla 75 vuotiaiden ja vanhempien perusterveydenhuollon asiakkaiden (n=160) lääkehoitoon liittyviä riskejä. Asiakkaista 56 % oli kotisairaanhoidon asiakkaita.</p> <p>Kyselytutkimuksella selvitettiin hoitajien mielipiteitä SMA työkalun hyödyllisyydestä heidän työssään.</p>	
Haverhals ym. 2011	USA, kunnallinen ja yksityinen kotihoito/koti-sairaanhoito.	Tutkia minkälaisia lääkehoitoon liittyviä haasteita iäkkäät ja heidän omaisensa kohtaavat ja auttavatko elektroniset henkilökohtaiset terveysaplikaatiot näissä haasteissa.	Laadullinen puolistruktu-roitu haastattelu-tutkimus.	<p>Neljä erityyppistä kotihoito- tai kotisairaanhoido-palveluja tarjoavaa organisaatioita ja heidän 65 vuotiaat ja vanhemmat asiakkaansa, joilla käytössä vähintään kolme reseptilääkettä, kaksi tai enemmän lääkärissäkäyntiä vuodessa ja vähintään yksi sairausdiagnoosi.</p>	<p>Osallistujien (n=15) keski-ikä oli 82 vuotta. Osallistujat toteuttivat itse lääkehoidon. Löytyi viisi yläkategoriaa, jotka kuvaavat mitä haasteita iäkkäät itse lääkehoidonsa toteuttavat kohtaavat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Luotettavan lääkeinformaation löytäminen. ➤ Autonomian säilyttäminen lääkehoitoa koskevissa päätöksissä. ➤ Huoli liian suuresta lääkemäärästä. ➤ Koululääketieteen ja vaihtoehtolääkehoidon yhteensovittaminen. ➤ Usealta toimijalta saadun lääkeinformaation kerääminen ja yhteensovittaminen. <p>lääkkäille suunnattujen terveysaplikaatioiden pitää täyttää seuraavat kohdat:</p>

				Haastattelut tehtiin osallistujien kotona.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Luotettavan tiedon tarjoaminen haittavaikutuksista, interaktioista ja muista lääkehoitoon liittyvistä ongelmakohdista. ➤ Tieto on helposti löydettävissä. ➤ Mahdollistaa potilaan kommunikoinnin ja tiedon vaihtamisen lääkärin ja farmasistien kanssa. ➤ Antaa potilaalle mahdollisuuden näyttää haluamansa lääkitystiedot eri hoitopaikoissa.
Kuzuya ym. 2008	Japani, kotisairaanhoido, kaupunkiympäristö.	Tutkia, onko kyvyttömyydellä toteuttaa lääkehoitoa ja sairaalaan joutumisella tai kuolemalla yhteys.	Prospektiivinen haastattelu- ja kohortti-tutkimus.	lääkkäät ja hauraat yhden kaupungin kotisairaanhoidon asiakkaat, joiden lääkehoidon toteutus- ja toimintakyky sekä lääkitystiedot selvitettiin kotisairaanhoidajien tekemällä haastattelukyselyllä asiakkaiden kotona. Terveystietoja kerättiin hoitopaikkojen rekistereistä. Kyky toteuttaa lääkehoitoa tutkittiin uudestaan kolmen vuoden päästä.	Osallistujien (n=1772) ikä vaihteli välillä 65–104 vuotta. 681:lla ei ollut vaikeuksia toteuttaa lääkehoitoa ja 1091:lla oli vaikeuksia. Heistä 929 sai apua lääkeshoidon toteutukseen. Kolmen vuoden aikana 424 asiakasta kuoli ja 758 joutui sairaalaan Alkutilanteessa ne, jotka toteuttivat yksin lääkehoidon, olivat nuorempia, heillä oli parempi toimintakyky (ADL status) ja vähemmän sairauksia. Riski joutua sairaalaan kasvoi, jos henkilö tarvitsi apua lääkehoidon toteutukseen, mutta ei saanut sitä.
Lagerin ym. 2014	Ruotsi, kotisairaanhoido.	Tutkia, mitkä tekijät tekevät 75 vuotiaiden	Interventio-tutkimus.	Kotisairaanhoidajat arvioivat lääkekäytön turvallisuutta Safe	Suurimmalta osalta (84 %) osallistujia (n=113) löydettiin yksi tai useampi lääkehoidon turvallisuutta

		<p>kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkeshoidosta riskialtista ja kuvailla, mitä toimenpiteitä kotisairaanhoidajat tekevät estääkseen ei- turvallista lääkkeiden käyttöä.</p>		<p>Medication Assessment tool (SMA) työkalulla. Kotisairaanhoidajat tekivät seurantakäynnin ja turvallisuutta parantamaan tähtäävän intervention (mm. opastus, informaatio) niiden luona, joiden lääkekäyttö ei ollut turvallista.</p>	<p>vähentävä tekijä, joista yleisin oli se, että käytössä oli viisi tai enemmän lääkkeitä.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 35 %:lla oli oire, joka viittasi lääkkeen aiheuttamaan haittavaikutukseen. ➤ Lähes 30 %:lla oli määrätty lääkkeitä useammassa kuin yhdessä terveydenhuoltoyksikössä. <p>Turvallisuutta parantavilla kotisairaanhoidajan interventioilla ja SMA työkalulla voitiin parantaa iäkkäiden lääkkeidenkäytön turvallisuutta kotisairaanhoidossa.</p>
<p>Laakey ym. 2009</p>	<p>USA, eläkeläisille tarkoitettu yhteisö, jossa on tarjolla monen tasoista hoivaa ja hoitoa asiakkaan tarpeiden mukaisesti.</p>	<p>Tutkia lääkehoitoon tarkoitettujen apuvälineiden ja laitteiden käyttöä iäkkäiden joukossa, kuinka paljon he tietävät näistä välineistä, minkälaista tukea he saavat lääkehoitoonsa ja mikä näistä välineistä tai tuesta on heidän mielestään hyödyllisin.</p>	<p>Kyselytutkimus.</p>	<p>Itsenäisesti toimeen tulevat asukkaat, jotka eivät saa sairaanhoidajien apua lääkeshoidon toteutuksessa. Kotona tehdyllä kyselytutkimuksella tutkittiin iäkkäiden tietämystä lääkehoitoon tarkoitetuista apuvälineistä, mikä näistä (medisets tai bubblepacks) oli heidän mielestään paras sekä minkälaista tukea ja apua he saavat</p>	<p>Osallistujien (n=109) keski-ikä oli 85,9 vuotta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 82 % käytti jotain lääkehoitoon tarkoitettua apuvälinettä, joista yleisimmät olivat dosetti (62 %:lla) ja helposti avattavat lääkepakkaukset (55 %:lla). ➤ Tietämys lääkehoitoon tarkoitetuista apuvälineistä oli vähäistä. ➤ Vain 18 % oli pyytänyt lääkäriä yksinkertaistamaan lääkehoitoa, 40 % ei tiennyt, että heillä oli siihen mahdollisuus. <p>lääkkäät eivät olleet halukkaita käyttämään ohjelmoitavia ja kehittyneitä teknologiaa käyttäviä lääkeshoidon toteutusta helpottavia laitteita.</p>

				<p>lääkehoitoonsa (läheisiltä, omaisilta tai lääkeshoidon yksinkertaistaminen). Samalla selvitetiin iäkkäiden tietämystä lääkkeistä, lääkeshoidon toteuttamiskyky ja mitä ongelmia heillä oli lääkeshoidon toteutuksessa.</p>	
<p>Marek ym. 2013</p>	<p>USA, kotisairaanhoido, kaupunkiympäristö.</p>	<p>Tutkia minkälaisia terveysvaikutuksia on hauraille iäkkäille annettavalla lääkityksen omahoitoa tukevalla interventiolla, jossa käytetään hyväksi sekä hoidon koordinoitua että teknologiaa.</p>	<p>Satunnaistettu kolmihaarainen interventio-seuranta-tutkimus.</p>	<p>Hauraat yli 60 vuotiaat, joilla oli vaikeuksia selvittää lääkeshoidon toteutuksesta. Yksi kontrolli- ja kaksi interventioryhmää, joille tehtiin aluksi farmaseuttinen lääkeshoidon arviointi, jonka tarkoituksena oli poistaa haitalliset lääkkeet. Molemmille interventioryhmille annettiin 12 kuukautta hoitajan ohjausta ja toisella ryhmällä lääkkeiden annostelulaite (MD.2 Medication Dispenser)</p>	<p>Osallistujia oli mukana koko ajanjakson ajan 301. Heidän keski-ikänsä vaihteli välillä 78,2–79,6 vuotta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dosetti ja hoitajaohjausryhmällä oli paremmat terveystulokset kuin kontrolliryhmällä, mutta lääkkeiden annostelulaite ei tuonut enää parannusta tuloksiin. <p>Hoitajien ohjaus paransi kognitiota, masennusoireita, toimintakykyä ja elämänlaatua.</p>

				ja toisella dosetti. Terveys- ja toimintatestejä tehtiin osallistujille kolmen kuukauden välein vuoden ajan.	
Meranius ja Hammar 2016	Ruotsi, kotisairaanhoidon ja avoterveydenhuolto.	Tuottaa syvälinen näkemys siitä, miten iäkkäät monisairaat kokevat itse toteutettavan lääkehoidon ja miten terveydenhuollon systeemi vaikuttaa näihin kokemuksiin.	Syvähaastattelu ja hermeneuttinen analyysi, satunnaistettu otos suuremmasta tutkimuspopulaatiosta.	Osallistujat olivat 75 vuotiaita ja vanhempia, joilla oli vähintään kolme sairausdiagnoosia sekä kokemusta itse toteutettavasta lääkehoidosta ja terveydenhuolto-systeemeistä.	Osallistujien (n=20) keski-ikä oli 79 vuotta. Puolelle osallistujista kotisairaanhoidon vastasi lääkehoidon toteutuksesta ja puolet toteutti lääkehoidon ystävien tai läheisten avulla. Löytyi kolme tulkintatasoa. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommunikoinnin puute terveydenhuollon ammattilaisten kanssa vähentää lääkehoitoon sitoutumista ja lääkehoidon turvallisuutta, itsehoito aiheuttaa terveyteen vaikuttavaa riskinottoa. ➤ Terveydenhuollon organisaation nähtiin estävän itse toteutettavaa lääkehoitoa. ➤ Systeemi korjaa vain osan ongelmista, ei terveyttä kokonaisvaltaisesti. Terveydenhuoltosysteemi hoiti ja lievensi ihmisten oireita, mutta oli kyvytön auttamaan potilaita saavuttamaan terveyttä tai antamaan jokapäiväisessä elämässä selviämiseen tarvittavaa tukea.
Reeder ym. 2013	USA, kotisairaanhoidon.	Tutkia kuinka tyytyväisiä iäkkäät ja hauraat kotisairaanhoidon	Satunnaistettu ja kaksois-kontrolloitu seuranta-	60 vuotiaat ja vanhemmat Medicare vakuutuksen piirissä olevat kotisairaanhoidon	Kontrolliryhmässä oli 101, dosettiryhmässä 102 ja lääkkeiden annostelulaite MD.3 ryhmässä 96 osallistujaa. Osallistujien keski-ikä oli 80 vuotta.

		asiakkaat ovat telehealth lääkkeiden annostelulaitteeseen (MD.2 Medication Dispenser) ja kuinka hyödylliseksi he kokevat sen.	tutkimus, jossa oli interventio- ja kysely- tutkimusosa.	asiakkaat, joilla oli heikot lääkehoidon toteutustaidot ja alentunut kognitio. Kaksi interventioryhmää ja yksi kontrolliryhmä. Toinen interventioryhmä käytti telehealth lääkkeidenannostelulaitetta (hälyttää lääkkeiden otosta ja annostelee automaattisesti lääkeannokset) ja toinen dosettia. Sairaanhoidaja koordinoi laitteiden käyttöä. 12 kuukauden jälkeen tutkittiin tyytyväisyys laitteeseen kyselylomakkeen avulla (käytön helppous, luotettavuus, hyödyllisyys, suorituskky ja käytön halukkuus).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 94 % mielestä telehealth laite oli helppokäyttöinen. ➤ 95 % mielestä laite oli luotettava. ➤ 99 % mielestä laite auttoi heitä selviytymään lääkehoidon toteutuksessa. ➤ 84 % halusi käyttää laitetta jatkossakin.
Robnett ym. 2007	USA, avoterveydenhuolto ja osittain kotisairaanhoido.	Tutkia ManageMed Screening työkalun luotettavuus ja valideetti testata	Kysely- ja havainnointi- tutkimus,	Osallistujat olivat 65 vuotiaita tai vanhempia. ManageMed Screening lääkkeiden jakotyökalulla	Osallistujien (n=67) keski-ikä oli 76 vuotta. Heistä 34 toteutti itse lääkehoidon ja 33 sai hoitajalta apua toteuttamisessa. Lääkehoidossa apua saavien ManageMed Screening työkalun keskimääräinen

		henkilön kyky toteuttaa oraalilääkkeitä sisältävä lääkitys.	mukavuus-otanta.	saatuja tuloksia verrattiin kognitiivista toimintakykyä testaavan Cognistat kyselytutkimuksen tuloksiin. Kontrolliryhmänä oli farmasisteja.	pistemäärä oli 13,8 ja itsenäisesti lääkeohjelmansa toteuttavien 30,7, kun maksimipistemäärä oli 42. Työkalu on luotettava ja validi testaamaan kykyä toteuttaa useita lääkkeitä ja annosteluaikoja sisältävä lääkeohjelma.
Sino ym. 2014	Hollanti, kotisairaanhoido, maaseutu- ja kaupunkiympäristö.	Tutkia itsenäisesti kotona asuvien ja paljon lääkkeitä käyttävien iäkkäiden lääkehoidon toteuttamiskykyä suhteessa heidän kognitioonsa ja kotona asumisessa tarvittaviin taitoihin.	Havainnointi-tutkimus ja satunnaistettu otanta.	Kahdesta kotisairaanhoidon organisaatioista 75 vuotiaita tai vanhempia asiakkaita, joilla on käytössä viisi tai enemmän lääkkeitä. Asiakkaiden toimintakykyä mitattiin kolmella erilaisella testillä: lääkehoidon toteutus-testillä (Medication management capacity MMC), itsenäistä selviytymistä testaavalla testillä (SMaS30) ja kognitiivisia kykyjä testaavalla kellotaulun piirtämistestillä.	Osallistujista (n=95) <ul style="list-style-type: none"> ➤ 52 % ei pystynyt selviytymään itsenäisesti lääkehoidon toteutuksesta. ➤ 40 % ei kyennyt mainitsemaan kaikkia lääkkeidensä nimiä edes lääkelistaa apuna käyttäen. ➤ 25 %:lla oli vaikeuksia avata lääkepakkauksia. Suurella osalla itsenäisesti lääkehoidon toteuttavista iäkkäistä kotisairaanhoidon asiakkaista oli puutteelliset tiedot lääkkeistään ja toteuttamiseen tarvittavat taidot. Lääkehoidon toteuttamiskyky oli riippuvainen kognitiosta, iästä ja kyvystä selviytyä omatoimisesti.

Swanlund 2010	USA, kotisairaanhoido.	Tutkia mitkä asiat helpottavat ja mitkä vaikeuttavat kotisairaanhoidon asiakkaiden sydän- ja verisuonitautien lääkehoidon toteuttamista.	Laadullinen puoli- strukturoitu haastattelu- tutkimus, tarkoituksen- mukaisuus otanta.	Yhden eläkeläisille tarkoitettun yhteisön yli 74 vuotiaat kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla oli käytössä vähintään kolme reseptilääkettä ja joista vähintään yksi oli sydän- ja verisuonitautilääke. Kotona tehdyssä haastattelussa kysyttiin, mikä auttaa lääkehoidon toteutuksessa ja mikä vaikeuttaa sitä.	Osallistujien (n=27) lääkehoidon toteuttamista helpottivat <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lääkityksen yksinkertaistaminen. ➤ Näkö- ja tuntoaistiin perustuvat lääkkeiden tunnistamista helpottavat asiat. ➤ Rutiinien käyttö. ➤ 40 %:n mielestä lääkeinformaatio ja tiedot lääkkeistä. Henkinen tai aistitoiminnan heikentyminen, rutiineista poikkeaminen ja terveydentilan huononeminen vaikeuttavat lääkehoidon toteuttamista.
------------------	---------------------------	---	---	---	--

Taulukko 4. Tutkimukset, joissa on tutkittu iäkkäiden asiakkaiden kokemuksia kotisairaanhoidosta (n=3). Tutkimukset on esitelty tekijän mukaan aakkosjärjestyksessä.

Viite	Maa ja tutkimus-olosuhteet	Tarkoitus	Tutkimusasetelma	Aineisto ja metodit	Päälöydökset
Ellefsen 2002	Norja, kotisairaanhoido, kaupunki-ympäristö.	Tutkia kotisairaanhoidon asiakkaan näkökulmasta minkälaista on olla muista riippuvainen potilas omassa kotona ja miten ihminen reagoi tällaiseen tilanteeseen.	Empiirinen ja kvalitatiivinen haastattelu-tutkimus, grounded theory menetelmä.	Vapaaehtoisten kotisairaanhoidon potilaiden syvähaastattelu, jossa käytettiin semistrukturoitua kyselylomaketta. Analysointi tehtiin käyttäen jatkuvaa vertailevaa lähestymistapaa.	Osallistujat (n=15) olivat 53–98 vuotiaita. ➤ Riippuvuus muista aiheuttaa jokapäiväiseen elämään rajoitteita ja rasitteita, joihin potilaat sopeutuvat aktiivisesti ja proaktiivisesti. ➤ Rajoitteet vähentävät autonomiaa ja neuvottelumahdollisuutta omista asioista.
Larsson ym. 2004	Ruotsi, kotisairaanhoido, kaupunki-ympäristö.	Tutkia eroavatko kotisairaanhoidon asiakkaan ja hänen perheenjäsentensä mielipiteet kotisairaanhoidon laadusta sekä minkälainen käsitys omaisilla on	Kyselytutkimus.	Kotisairaanhoidon asiakkaat, jotka saavat vaativaa palliatiivista kotisairaanhoidoa ja heidän perheenjäsenensä. Kyselytutkimus, jossa käytettiin muunneltua patient's perspective questionnaire (QPP) tutkimuslomaketta, jolla	Tutkimukseen osallistui kotisairaanhoidon asiakkaita (n=67), joiden keski-ikä oli 65,6 vuotta ja heidän perheenjäseniään (n=84). Osallistujista muodostui 54 asiakas-omaisparia. Kotisairaanhoidon asiakkaiden ja heidän perheenjäsentensä mielipide hoidon laadusta oli hyvin samanlainen, jos he tapasivat toisensa joka päivä tai asuivat yhdessä ja jakoivat jokapäiväiset kokemukset keskenään.

		asiakkaan mielipiteestä.		tutkitaan hoidon laatua potilaan näkökulmasta.	
Owens ja Batchelor 1996	Iso-Britannia (UK), kotisairaan- hoito.	Tutkia, mitkä asiat vaikuttavat kotisairaanhoidon asiakkaiden mielipiteisiin terveydenhuollon palveluista ja miten luotettavia he ovat arvioimaan palvelujen laatua.	Laadullinen puolistrukturoitu haastattelu- tutkimus, ositettu otanta.	Monien muuttujien mukaan tehty ositettu otanta kotisairaanhoidon iäkkäistä (ikää ei kerrottu) asiakkaista. Puolistrukturoitu haastattelu tehtiin asiakkaiden kotona.	Osallistujista (n=56) 98 % oli tyytyväisiä kotisairaanhoidon palveluihin. Moni oli sitä mieltä, että ilman kotisairaanhoitoa he eivät voisi asua kotona ja säilyttää riippumattomuuttaan. Tyytyväisyys palveluihin selittyi osittain hoitajan ja asiakkaan välille muodostuneella ystävyyssuhteella ja asiakkaan riippuvuudella palveluista sekä sillä, että asiakkaalla ei ollut useinkaan ennakko-odotuksia palveluista.

Taulukko 5. Tutkimukset joissa on tutkittu iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmien/sairauskertomuksen lääkelistojen ja käytössä olevien lääkkeiden vastaavuutta (n=3). Tutkimukset on esitelty tekijän mukaan aakkosjärjestyksessä.

Viite	Maa ja tutkimus-olosuhteet	Tarkoitus	Tutkimusasetelma	Aineisto ja metodit	Päälöydökset
Lancaster ym. 2014	USA, kotisairaanhoido.	Tutkia kuinka paljon ja minkälaisia eroja on iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden käytössä olevien lääkkeiden ja sairauskertomuksen lääkelistan välillä.	Kyselytutkimus.	60 vuotiaat ja vanhemmat kotisairaanhoidon asiakkaat, joilla oli puutteita kyvyssä toteuttaa lääkehoitoa. Kotikäynneillä selvitettiin käytössä olevat lääkkeet. Hoitavilta lääkäreiltä selvitettiin sairauskertomuksen lääkelistat. Lääkelistoja verrattiin keskenään ja tutkittiin eroavuudet.	Osallistujien (n=414) keski-ikä oli 79 vuotta. ➤ 53 %:lla oli vähintään yksi ero listoissa. ➤ Keskimäärin eroja oli 1,79 osallistujaa kohden. ➤ Tavallisin ero oli lääkityksen käyttämättä jättäminen (30 %). ➤ Toiseksi yleisin ero oli lopetetun lääkkeen edelleen käyttäminen (23 %).
Mulhem ym. 2013	USA, kotisairaanhoido.	Tutkia iäkkäiden sitoutumista lääkehoitoon eli miten hyvin he noudattavat määrättyä lääkitystä heti sairaalasta kotiutumisen jälkeen.	Kvalitatiivinen haastattelu-tutkimus.	Yhdestä aluesairaalasta 24–48 tunnin aikana kotiutuneet 65 vuotiaat ja vanhemmat kotisairaanhoidon asiakkaat. Kotikäynneillä selvitettiin kaikki kotiutumisen jälkeen	Osallistujien (n=46) keski-ikä oli 76 vuotta. Sairaalan lääkelistan mukaan heillä oli keskimäärin käytössä 10 resepti- ja 2 itsehoitolääkettä. ➤ Vain 7 % käytti lääkkeitä samalla tavalla kuin sairaalan järjestelmään oli kirjattu. ➤ 78 % ilmoitti käyttävänsä vähintään yhtä reseptilääkettä enemmän (lisälääkkeitä oli 1-15). ➤ 43 % käytti vähintään yhtä lääkettä vähemmän.

				<p>käytössä olevat lääkkeet, vitamiinivalmisteet ja luontaistuotteet ja verrattiin niitä sairaalan lääkelistaan. Eri henkilöt selvittivät kotona olevat lääkkeet ja eri henkilöt sairaalan lääkelistan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 43 % käytti vähintään yhtä lääkettä väärällä annoksella. ➤ 41 % käytti vähintään yhtä lääkettä väärällä annostelutiheydellä.
Tiihonen ym. 2016	Suomi, kotihoito.	Tutkia vastaako elektroniseen lääkelistaan kirjatut tiedot kotihoidon asiakkaiden säännöllisessä käytössä olevia lääkkeitä.	Haastattelu-tutkimus, satunnaisotos.	<p>Kolmen Itä- ja Keski-Suomalaisen kunnan 75 vuotiaat ja vanhemmat kotihoidon asiakkaat. Asiakkaiden kotona tehdyllä haastattelututkimuksella kerättiin tiedot käytössä olevista resepti- ja itsehoitolääkkeistä, vitamiineista ja luontaistuotteista sekä niiden annostelusta ja indikaatioista. Kykyä toteuttaa lääkehoitoa mitattiin Instrumental activities of daily living (IADL) työkalulla.</p>	<p>Osallistujien (n=276) keski-ikä oli 84,5 vuotta. Heillä oli keskimäärin 9 resepti- ja itsehoitoläkettä joko säännöllisessä tai tarvittaessa käytössä.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 83 %:lla oli eroja listoissa. ➤ 40 %:lla oli eroja jotka voisivat aiheuttaa vakavia haittoja. ➤ 63 %:lla oli käytössä enemmän lääkkeitä kuin mitä oli kirjattu lääkelistaan. <p>Seikat, jotka olivat yhteydessä eroihin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Puolison tai muun omaisen kanssa eläminen. ➤ Yksityislääkärin käyttäminen. ➤ Diagnosoitu astma/ COPD. ➤ Monilääkitys. <p>Erot olivat yleisempiä niillä, joiden toimintakyky ja kyky toteuttaa lääkehoitoa olivat paremmat ja jotka toteuttivat itse lääkehoidon.</p>

2.2.1 TUTKIMUSMAAT JA -OLOSUHTEET

Suurin osa (n=21) mukaan valikoituneista tutkimuksista (n=26) oli tehty kokonaan kotisairaanhoidossa. Joukossa oli myös tutkimuksia, joissa kotisairaanhoidon asiakkaiden lisäksi osallistujina oli sellaisia avoterveydenhuollon asiakkaita, jotka eivät kuuluneet kotisairaanhoidon palvelujen piiriin (Meranius ja Hammar 2016; Robnett ym. 2007). Yhdessä tutkimuksessa oli mukana myös sairaalapotilaita (Blenkiron 1996). Kahdessa tutkimuksessa osallistujia oli kotisairaanhoidon lisäksi palveluasumisyksiköstä ja laitoksesta (Beckman ym. 2005; Lakey ym. 2009). Suurin osa osallistujista näissä tutkimuksissa oli kuitenkin kotisairaanhoidon asiakkaita.

Vain osassa (n=7) tutkimuksia kerrottiin oliko kyseessä kaupunki vai maaseutu olosuhde (Blenkiron 1996; Branin 2001; Dorman Marek ym. 2013; Ellefsen 2002; Kuzuya ym. 2008; Larsson ym. 2004; Sino ym. 2014). Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitotutkimus oli keskittynyt hyvinvointivaltioihin (Taulukot 3.-5.). Yhdysvalloissa iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta oli tutkittu eniten (n=12). Myös Ruotsissa aihetta oli tutkittu jonkin verran (n=5). Englannissa, Australiassa ja Suomessa oli tehty kaksi tutkimusta ja Hollannissa, Japanissa ja Norjassa kussakin yksi.

2.2.2 TUTKIMUSMENETELMÄT

Laadullinen haastattelututkimusmenetelmä oli käytetyin (n=10) iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta tutkittaessa (Blenkiron 1996; Ellefsen 2002; Griffiths ym. 2004; Haverhals ym. 2011; Kuzuya ym. 2008; Meranius ja Hammar 2016; Mulhem ym. 2013; Owens ja Batchelor 1996; Swanlund 2010; Tiuhonen ym. 2016) (Taulukot 3.-5.). Kvantitatiivinen kyselytutkimus oli toiseksi yleisin menetelmä ja sitä oli käytetty neljässä tutkimuksessa (Branin 2001; Ellenbecker ym. 2004; Lakey ym. 2009; Larsson ym. 2004). Yhdessä tutkimuksessa oli käytetty interventiota (Dorman Marek ym. 2013) ja kahdessa havainnointia (Lancaster ym. 2014; Sino ym. 2014). Kaksi tutkimuksista oli kirjallisuuskatsauksia, jotka eivät olleet järjestelmällisiä (Feldman ym. 2009; Gillespie ym. 2014). Triangulaatiota eli monitutkimusmenetelmää oli käytetty kuudessa tutkimuksessa. Näissä havainnointi oli yhdistetty kyselytutkimukseen (n=2) (Farris ym. 2003; Robnett ym. 2007) tai haastatteluun (n=2) (Beckman ym. 2005; Gusdal ym. 2011) ja interventio havainnointiin (n=1) (Lagerin ym. 2014) tai kyselytutkimukseen (n=1) (Reeder ym. 2013). Triangulaatiota eli useampien tutkimusmenetelmien yhdistämistä käytetään, kun halutaan saada mahdollisimman monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008).

2.2.3 TUTKIMUSTEN PÄÄLÖYDÖKSET

Kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta on tutkittu kansainvälisesti melko vähän. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyillä hakustrategioilla löytyi vain 26 artikkelia. Tutkimusten toteutusajankohta keskittyy pääasiallisesti vuosituhaten vaihteen jälkeiseen aikaan; kaksi löydetystä tutkimuksesta oli tehty 1990 – luvulla ja loput (n=24) 2000 – luvulla.

Kirjallisuuden mukaan iäkkäiden lääkehoitoon liittyi monia ongelmia. Tutkimuksissa havaittiin muun muassa, että iäkkäillä oli käytössä paljon lääkkeitä ja lääkehoito oli usein monimutkainen toteuttaa (Ellenbecker ym. 2004; Gusdal ym. 2011; Lagerin ym. 2014). Monet iäkkäät toteuttivat itse lääkehoitonsa, vaikka useilla heistä oli puutteita lääkehoidon toteuttamisessa tarvittavissa taidoissa (Beckman ym. 2005; Griffiths ym. 2004; Gusdal ym. 2011; Kuzuya ym. 2008; Sino ym. 2014). Terveystieteiden järjestelmissä havaittiin myös olevan puutteita (Ellenbecker ym. 2004). Kommunikatio lääkärin, hoitajan ja kotisairaanhoidon asiakkaan välillä ei aina toiminut riittävän hyvin. Lisäksi lääkelistojen ajan tasalla pitämisessä löydettiin ongelmia. Tutkimuksissa havaittiin myös, että iäkkäiden käytössä olevien lääkkeiden ja sairauskertomuksessa olevien lääkelistojen välillä oli paljon eroavaisuuksia (Lancaster ym. 2014; Mulhem ym. 2013; Tiitonen ym. 2016).

Toisaalta iäkkäiden lääkehoidon toteutusta ja turvallisuutta oli saatu parannettua erilaisilla sairaanhoitajien tekemillä interventioilla, joihin kuului lääkeneuvontaa ja keskustelutukea sekä lääkkeiden käyttöä helpottavien apuvälineiden käyttöönottoa tai lääkärin tekemiä lääkehoidon arviointeja (Dorman Marek ym. 2013; Griffiths ym. 2004; Lagerin ym. 2014). Iäkkäiden lääkehoidon toteuttamista helpottamaan on kehitetty erilaisia laitteita ja niitä oli myös testattu iäkkäillä (Dorman Marek ym. 2013; Haverhals ym. 2011; Lakey ym. 2009; Reeder ym. 2013). Laitteiden käyttö oli kuitenkin vielä vähäistä (Branin 2001). Seuraavissa kappaleissa esitetään kirjallisuushaun päälöydöksiä yksityiskohtaisemmin.

Osallistujien lääkkeiden määrässä oli suuria eroja eri tutkimusten välillä. Keskimääräinen käytössä olevien lääkkeiden määrä oli suurin (10,4) australialaisessa Griffiths ja kumppaneiden (2004) tutkimuksessa ja pienin (2,7) englantilaisessa Blenkinsopin tutkimuksessa (1996), joka oli myös vanhin katsaukseen valikoitunut tutkimus.

2.2.3.1 Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät ongelmat

Tutkimuksissa havaittiin monia iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon turvallisuutta huonontavia tekijöitä. Monessa tutkimuksessa todettiin muun muassa, että suurimmalla osalla kotisairaanhoidon iäkkäistä asiakkaista oli viisi tai enemmän lääkkeitä säännöllisessä käytössä (Ellenbecker ym. 2004; Feldman ym. 2009; Gusdal ym. 2011; Lagerin ym. 2014). Lisäksi lääkehoidon toteuttaminen oli usein monimutkaista sisältäen

useita annosteluajankohtia ja huomioon otettavia lisäohjeita. Lääkkeiden annostelu saattoi vaatia myös jonkin laitteen käyttöä ja hallintaa (Farris ym. 2003; Feldman ym. 2009; Gusdal ym. 2011). Tutkimuksissa havaittiin myös, että monet asiakkaat käyttivät lääkkeitä eri tavalla, kuin mitä lääkäri oli määrännyt (Ellenbecker ym. 2004; Lancaster ym. 2014).

Lääkehoidon turvallisuutta vähensi tutkijoiden mukaan myös se, että moni kotihoidon asiakas kävi useammalla kuin yhdellä terveydenhuollon palvelujen tuottajalla ja sai siten lääkemääräyksiä useasta eri paikasta (Ellenbecker ym. 2004; Lagerin ym. 2014), jolloin läkehoidon kokonaisuus ei ollut kenenkään hallinnassa ja tieto käytössä olevista lääkkeistä ei saavuttanut kaikkia hoitoon osallistuvia tahoja. Myös sairaalasta kotiutus havaittiin ongelmalliseksi lääkitystietojen siirtymisen kannalta. Iäkkäille saattoi helposti jäädä siinä vaiheessa epäselväksi jatketaanko aikaisempaa lääkitystä ja toisaalta sairaalassa tehdyt lääkitysmuutokset eivät aina tulleet kotisairaanhoidon tietoon (Ellenbecker ym. 2004; Feldman ym. 2009).

Kotihoidon asiakkaiden kykyä toteuttaa omaa läakehoitoaan oli tutkittu useassa tutkimuksessa (Beckman ym. 2005; Ellenbecker ym. 2004; Griffiths ym. 2004; Kuzuya ym. 2008; Sino ym. 2014). Tutkimuksissa läakehoidon toteuttamiskykyä oli testattu eri menetelmillä ja osittain tästä syystä tutkimuksissa saatiin erilaisia tuloksia kotisairaanhoidon iäkkäiden asiakkaiden läakehoitotaidoista. Kaikissa tutkimuksissa kuitenkin todettiin iäkkäillä olevan puutteita näissä taidoissa. Myös heillä, jotka hoitivat itsenäisesti ilman apua oman läakehoitonsa, oli puutteita läakehoidon toteutuksessa vaadittavissa taidoissa (Beckman ym. 2005; Robnett ym. 2007).

Läakeitä käyttävän henkilön tietämys omista läakeistään auttaa toteuttamaan läakehoitoa ja on sen tähden tärkeää turvallisen ja rationaalisen läakehoidon toteutumiseksi (Swanlund 2010). Tietämys läakeistä tarkoittaa sitä, että läakeitä käyttävä henkilö tietää läakeidensä nimet, käyttötarkoitukset, annosteluun liittyvät asiat, mahdolliset haittavaikutukset sekä läakeiden käyttämisessä huomioitavat seikat (Ascione ym. 1986). Löydettyissä tutkimuksissa havaittiin puutteita kotisairaanhoidon iäkkäiden asiakkaiden tiedoissa omista läakeistään. Tietämys läakeistä ja kyky toteuttaa läakehoitoa riippuivat henkilön iästä, kognitioista ja kyvystä selviytyä itsenäisesti (Sino ym. 2014). Eri tutkimuksissa saatiin erilaisia tuloksia sen suhteen, kuinka paljon kotisairaanhoidon asiakkaat tiesivät omista läakeistään. Tutkimuksista ei näin ollen voida vetää yksiselitteistä johtopäätöstä siitä, mikä on iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääketietämyksen taso. Tähän vaikutti merkittävästi se, että osallistujat olivat eri-ikäisiä ja kognitiiviselta toimintakyvyltään erilaisia eri tutkimuksissa. Esimerkiksi Blenkiron (1996) mukaan asiakkaat tiesivät oikein noin kaksi kolmasosaa läakeidensä nimistä, annostuksesta ja käyttötarkoituksesta. Griffiths ja kumppaneiden (2004) tutkimuksessa saatiin samansuuntainen tulos läakeiden nimien ja annostuksen tietämisestä, mutta heidän mukaansa läakeiden vaikutustavan tietämisessä oli puutteita. Ruotsissa tehdyn

tutkimuksen mukaan vain alle puolet iäkkäistä tiesi lääkkeiden nimet tai käyttötarkoituksen (Gusdal ym. 2011).

Noin kolmasosalla iäkkäistä kotisairaanhoidon asiakkaista oli vaikeuksia avata lääkepakkauksia (Blenkiron 1996; Griffiths ym. 2004; Sino ym. 2014). Beckman ja kumppaneiden (2005) sekä Ellenbecker ja kumppaneiden (2004) mukaan monella iäkkäällä kotisairaanhoidon asiakkaalla oli fyysinen-, näkökykyyn tai kognitioon vaikuttava puute, joka vaikeutti lääkehoidon toteutusta.

2.2.3.2 Lääkehoidon toteuttamiskyvyn mittaaminen

Kykyä toteuttaa lääkehoitoa voitiin tutkimusten mukaan testata hyvin käytännön läheisillä menetelmillä. Beckman ja kumppanit (2005) käyttivät Medication Competence nimistä työkalua, jolla testataan, miten hyvin henkilö pystyy lukemaan ja ymmärtämään lääkeohjeita ja tekemään yksinkertaisia laskutoimituksia. Robnett ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa käytettiin ManageMed Screening työkalua, jossa on muistin ja ajattelukyvyn itsearviointiosio sekä useita kysymyksiä, joilla testataan ongelmanratkaisukykyä ja tietoja lääkkeistä. Tässä testissä testattiin myös lääkkeiden jakamiskykyä käytännössä. Lakey ja kumppaneiden (2009) tutkimuksessa lääkehoidon toteuttamista tutkittiin Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) testimenetelmällä, joka testaa lääkevalmisteiden tunnistamista, lääkepakkauksen avaamista sekä lääkkeiden jakamista.

Myös asiakkaiden avun tarpeen arvioimiseen käytettävällä työkalulla (Sino ym. 2014) ja kognitiivista toimintakykyä testaavalla yksinkertaisella kellonpiirtotestillä voitiin ennustaa lääkehoidon toteuttamiskykyä (Farris ym. 2003).

2.2.3.3 Lääkehoidon toteutusta helpottavia tekijöitä

Tutkimuksissa löydettiin useita iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta helpottavia tekijöitä. Tällaisia olivat muun muassa dosetti tai muu annostelua helpottava apuväline (Dorman Marek ym. 2013; Feldman ym. 2009). Myös lääkitystä yksinkertaistamalla tabletteja ja annostusaikoja vähentämällä voitiin helpottaa lääkehoidon toteutusta (Feldman ym. 2009; Lakey ym. 2009; Swanlund 2010). Helposti avattavat lääkepakkaukset ja tunnistettavat tabletit auttoivat myös iäkkäitä toteuttamaan lääkehoitoaan, koska heillä oli monessa tapauksessa useita fyysisiä rajoitteita (Feldman ym. 2009; Swanlund 2010). Hoitajien antaman tuen ja lääkkeistä annetun informaation todettiin myös parantavan iäkkäiden lääkehoidon toteutusta (Feldman ym. 2009; Lagerin ym. 2014). Lääkityspoikkeamia saatiin vähennettyä, kun varmistettiin, että hoitajat ja asiakkaat saivat yhtäläiset tiedot lääkitysmuutoksista ja että heillä oli käytössä selkeät lääkelistat (Ellenbecker ym. 2004).

Tutkimusten mukaan iäkkäillä kotisairaanhoidon asiakkailla oli yleensä käytössä joku strategiaita, jolla he muistivat ottaa lääkkeensä (Blenkiron 1996; Branin 2001; Swanlund 2010). Yleisin keino oli dosetti tai lääkkeiden ottamisen liittäminen päivittäisiin rutiineihin. Lakey ja kumppaneiden (2009) tutkimuksessa havaittiin, että suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista iäkkäistä oli käytössä jokin manuaalinen lääkehoitoon tarkoitettu apuväline, mutta he tiesivät huonosti kehittyneemmistä lääkehoitoon tarkoitetuista laitteista.

Lääkehoidon toteutusta helpottamaan oli kehitetty erilaisia laitteita ja niiden käyttöä oli tutkittu iäkkäillä kotisairaanhoidon asiakkailla (Lakey ym. 2009; Reeder ym. 2013). Tällaisia olivat erilaiset lääkkeiden ottoajoista hälyttävät ohjelmoitavat laitteet ja laitteet, jotka hälytyksen lisäksi annostelivat lääkannokset. Lisäksi tutkimuksissa oli testattu laitteita, jotka hälyttivät, jos lääkkeiden ottaminen oli unohtunut. Lakey ja kumppaneiden (2009) tutkimuksen mukaan iäkkäät eivät olleet kovin halukkaita käyttämään ohjelmoitavia lääkehoitoon tarkoitettuja laitteita. Toisaalta Reeder ym. (2013) tutkimuksen mukaan iäkkäät kokivat helppokäyttöiseksi ja luotettavaksi telehealth laitteen, joka annostelee lääkkeitä ja ilmoittaa ottoajankohdat. Suurin osa tutkimukseen osallistujista oli valmis käyttämään laitetta jatkossakin. Iäkkäille piti kuitenkin näyttää laitteen toiminta käytännössä. Pelkkä esitteen antaminen ja kuvan näyttäminen ei riittänyt siihen, että iäkäs oli valmis ottamaan käyttöönsä ohjelmoitavan laitteen (Lakey ym. 2009; Reeder ym. 2013).

Lääkityksen omahoitoa tukemaan oli tutkimuksissa kehitetty erilaisia hoitajien koordinoimia interventioita (Dorman Marek ym. 2013; Griffiths ym. 2004; Lagerin ym. 2014). Yleensä interventiot sisälsivät opastusta ja informointia lääkkeistä. Yhdessä interventiossa tarjottiin myös lääkityksen toteuttamista helpottavia apuvälineitä, farmasistin konsultaatiota sekä lääkärin tekemää lääkehoidon arviointia (Griffiths ym. 2004). Dorman Marek ja kumppaneiden (2013) tutkimuksessa hoitajat räätälöivät asiakkaalle yksilöllisen intervention hänen sairautensa ja tarpeidensa mukaan. Lagerin ja kumppaneiden (2014) interventio oli osa 75 vuotiaille ja vanhemmille tarkoitettua ennaltaehkäisevää käyntiä, jonka tavoitteena oli parantaa muun muassa lääkehoidon turvallisuutta. Interventio sisälsi hoitajan antamaa lääkehoitoon liittyvää keskustelutukea ja tarpeen mukaan myös lääkärin tekemän lääkityksen arvioinnin. Interventioiden avulla saatiin lisättyä asiakkaiden tietämystä lääkkeistä ja sitä kautta heidän kykynsä toteuttaa lääkehoitoa parani (Griffiths ym. 2004; Lagerin ym. 2014). Asiakkaiden tiedot lääkkeiden vaikutuksista eivät kuitenkaan parantuneet (Griffiths ym. 2004). Asiakkaan sairauksien mukaan räätälöidyillä interventioilla saatiin kohotettua sekä fyysistä että henkistä toimintakykyä (Dorman Marek ym. 2013).

Läkehoidon turvallisuutta saatiin lisättyä kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa myös lähihoitajien käyttöön kehitetyllä arviointityökalulla, jolla hoitajat pystyivät havaitsemaan lääkehoidossa olevia ongelmia ja riskitekijöitä (Dimitrow ym. 2014). Työkalu oli haastattelulomake, johon oli koottu

merkittävimmät lääkehoitoon liittyvät riskit ja ongelmat, oireet, jotka voivat aiheutua lääkkeistä sekä asiakkaan lääkehoitoon sitoutumista mittaavat seikat. Haastattelun perusteella lähihoitaja merkitsi jokaiseen kohtaan onko asiakkaalla tämä tekijä vai ei. Saadun arvion perusteella hoitaja ohjasi tarvittaessa asiakkaan eteenpäin lääkärille tai farmasistille.

Ruotsissa Gusdalin ja kumppaneiden kehittämä SMA työkalu oli saman tyyppinen arviointityökalu (Gusdal ym. 2011). Työkalulla etsittiin pääasiassa asiakkaasta riippuvia lääkehoidon turvallista toteutusta heikentäviä tekijöitä, kuten kuinka hyvin asiakas tunsi omat lääkkeensä ja tiesi mihin indikaatioon ne oli määrätty, käyttikö hän lääkkeitä lääkärin määräämällä tavalla ja oliko hänellä lääkkeiden yhteisvaikutukseen viittaavia oireita.

2.2.3.4 Erot potilastietojärjestelmissä olevien lääkelistojen ja asiakkaiden käyttämien lääkkeiden välillä

Läakelistöjen oikeellisuutta on tutkittu vähän. Käytetyillä hakustrategioilla ja tietokannoilla löytyi vain kolme tutkimusta, joissa oli tutkittu kotisairaanhoidon tai kotihoidon asiakkaiden lääkelistöjen ja käytössä olevien lääkkeiden vastaavuutta (Lancaster ym. 2014, Mulhem ym. 2013, Tiihonen ym. 2016). Kaikki tutkimukset oli julkaistu kolmen vuoden sisällä. Kaksi tutkimuksista oli tehty Yhdysvalloissa ja yksi Suomessa. Suomalaisessa Tiihosen ja kumppaneiden (2016) tekemässä tutkimuksessa osallistujien keski-ikä oli 84,5 vuotta, kahdessa muussa vähän alle 80 vuotta.

Eroja lääkelistöissä löytyi kaikissa tutkimuksissa paljon. Tutkimuksesta riippuen asiakkaiden lääkelistöissä oli vähintään yksi ero 52,9 % - 93,5 %:ssa tapauksista. Lancaster ja kumppaneiden (2014) mukaan eniten esiintyvä ero oli se, että asiakas jätti käyttämättä jonkun lääkärin määräämän lääkkeen. Mulhem ja kumppaneiden (2013) ja Tiihosen ja kumppaneiden (2016) tutkimuksissa puolestaan yleisin ero oli se, että asiakkaalla oli käytössä joku ylimääräinen reseptilääke, jota ei ollut potilastietojärjestelmään kirjatussa lääkelistassa. Lääkärin määräämän lääkkeen käyttämättä jättäminen oli heidän tutkimuksissaan toiseksi yleisen ero. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että 40 prosentilla iäkkäistä kotihoidon asiakkaista oli eroja sellaisissa lääkkeissä, jotka voivat aiheuttaa vakavia terveyshaittoja (Tiihonen ym. 2016). Tällaisia lääkkeitä olivat opioidit, beetasalpaajat, reniini-angiotensiinijärjestelmään vaikuttavat lääkkeet sekä psykoosilääkkeet.

Tutkimusten osallistujilla oli säännöllisessä käytössä keskimäärin 9 – 11 lääkettä. Sekä Tiihosen että Mulheimin mukaan suuri lääkemäärä oli yhteydessä eroihin lääkelistöissä. Tiihosen tutkimuksessa oli löydetty myös muita eroihin vaikuttavia muuttujia kuten asuminen puolison tai muun läheisen kanssa, yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttäminen tai diagnosoitu astma. Lancasterin ym. (2014) tutkimuksessa ei ollut tutkittu, mitkä muuttujat olivat yhteydessä eroihin.

2.2.4 TUTKIMUSTEN RAJOITUKSET JA TULEVAISUUDEN TUTKIMUKSET

Tässä kirjallisuuskatsauksessa löydettyjen tutkimusten tuloksia ei voida siirtää suoraan muiden maiden olosuhteisiin, koska eri maissa terveydenhuolto ja kotisairaanhoidon järjestetty eri tavalla. Tutkimukset antavat kuitenkin hyvän käsityksen siitä, minkälaisia haasteita ja mahdollisuuksia iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyy. Koska eri maissa on erilaisia terveydenhuollon organisaatioita ja yksiköitä, oli joistakin tutkimuksista vaikea selvittää perehtymättä kyseisen maan terveydenhuoltojärjestelmään tarkemmin, oliko kyseessä laitos- vai avoterveydenhuolto.

Osallistujien määrä oli monessa tutkimuksessa pieni. Tämä on yleistä laadullisissa tutkimuksissa (Kylmä ja Juvakka 2012). Tutkimuksissa oli käytetty enimmäkseen laadullisia tutkimusmenetelmiä. Laadullinen tutkimus sopiikin hyvin jonkin ilmiön yksityiskohtaiseen tarkasteluun ja tutkittavien ajatusten ja kokemusten selvittämiseen (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Havainnointia oli käytetty menetelmänä tutkimuksissa paljon (Beckman ym. 2005; Ellenbecker ym. 2004; Farris ym. 2003; Gusdal ym. 2011; Lancaster ym. 2014; Robnett ym. 2007; Sino ym. 2014). Jatkossa tarvitaan kuitenkin enemmän myös järjestelmällisiä kirjallisuuskatsauksia ja kaksoiskontrolloituja interventioita, jotta iäkkäiden lääkehoito voidaan toteuttaa näyttöön perustuvaan tutkimukseen pohjautuen.

Interventiotutkimukset olivat joko poikittaistutkimuksia (Lagerin ym. 2014) tai lyhytaikaisia (12 kuukautta) pitkittäisseurantatutkimuksia, joten vaikutusten pysyvyydestä ei saatu tietoa. Suurimmassa osassa tutkimuksia ei ollut mainittu tutkimusasetelmaa.

Iäkkäiden määrä tulee entisestään kasvamaan ja kotisairaanhoidon tarve lisääntymään. Jotta resursseja voitaisiin käyttää tehokkaasti ja mahdollisimman vaikuttavasti, täytyy kotisairaanhoidon palvelut rakentaa entistä yksilöllisemmiksi. Tarvitaankin tarkempaa tutkimusta siitä, minkälaiset lääkehoitoon liittyvät palvelut toimivat parhaiten erilaisille kotihoidon asiakasryhmille. Tämän katsauksen tutkimusten mukaan iäkkäät eivät olleet halukkaita käyttämään pitkälle kehitettyjä ohjelmoitavia apuvälineitä. Tulevaisuudessa tilanne voi olla toinen, kun mobiili- ja ohjelmoitaviin laitteisiin tottuneet ikäpolvet ikääntyvät. Jatkossa turvaudutaan todennäköisesti enemmän teknologiaan ja robotiikkaan vanhusten hoidossa. Tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta siitä, minkälaiset laitteet auttavat parhaiten iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kotona pärjäämistä ja minkälaisia tuloksia niillä voidaan saavuttaa. Kirjallisuuskatsauksessa löydettyjen tutkimusten tulosten mukaan iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden lääkehoidossa on vielä paljon puutteita ja ongelmia (Ellenbecker ym. 2004). Sen vuoksi tarvitaankin lisää tutkimusnäyttöön perustuvia keinoja, joilla voidaan parantaa iäkkäiden lääkehoidon toteutusta.

3 IÄKKÄÄT JA KOTIHOITO SUOMESSA

3.1 IÄKKÄIDEN KOTIHOIDON JÄRJESTÄMINEN

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli niin sanottu vanhuspäivähoitolaki tuli voimaan 1.7.2013 (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980). Lain tarkoituksena on taata iäkkäille riittävät palvelut, joiden avulla he voivat asua kotona mahdollisimman pitkään ja joilla pystytään tukemaan iäkkäiden terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laissa korostetaan, että iäkkäiden hoito on ensisijaisesti järjestettävä kotihoitona. Pitkäaikaista laitoshoidon voidaan käyttää vain, jos sille on lääketieteelliset tai potilasturvallisuuteen liittyvät perusteet.

Kuntien tehtävänä on huolehtia siitä, että iäkkäät saavat tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut. Sitä varten kuntien on laadittava suunnitelmat, joissa kerrotaan, miten iäkkäiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tuetaan (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980). Toimintakyvyn heikentyessä pitää iäkkäälle laatia palvelusuunnitelma, jossa on määritelty minkälaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja hän tarvitsee suoriutuakseen kotona (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812).

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelujen avulla iäkkäillä on mahdollista asua kotonaan toimintakyvyn heikentyessä. Kotipalvelu hoitaa normaaliin asumiseen ja elämiseen liittyviä asioita (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301). Kotisairaanhoidon taas vastaa sairaanhoidollisista palveluista kuten terveyden- ja sairaanhoidosta, lääkehoidon toteutuksesta ja haavojen hoidosta (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Kunta voi yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut, jolloin puhutaan kotihoidosta (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301). Kotihoitoa voivat saada henkilöt, jotka eivät selviä kotona jokapäiväisistä toimista ilman apua.

Suomessa 73 500 henkilöä sai säännöllisiä kotihoidon palveluja marraskuussa 2016 (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a). Naisten osuus asiakkaista oli tuolloin 66 prosenttia. Suurin osa (77 prosenttia) säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli yli 75 vuotta täyttäneitä. Useimmat yli 75 vuotta täyttäneistä selviävät kuitenkin ilman kotihoidon palveluja. Asiakkaiden määrä on noussut jatkuvasti ja samalla on myös asiakkaiden hoidon tarve kasvanut ja paljon käyntejä tarvitsevien määrä lisääntynyt.

Kotihoidon iäkkäillä asiakkailla on monia sairauksia ja toimintakykyä rajoittavia tekijöitä (Fialová ym. 2005). Yli kolmasosalla eurooppalaisista kotihoidon asiakkaista on vähintään neljä sairausdiagnoosia ja noin neljäsosalla on puutteita kognitiivisessa toimintakyvyssä.

3.2 IÄKKÄIDEN KOTIHOITO TURUSSA

Turussa kotisairaanhoidon ja kotipalvelu on yhdistetty yhdeksi kotihoidon kokonaisuudeksi (Turun kotihoito 2018). Säännöllisiä kotihoidon asiakkaita Turussa oli yhteensä 3001 henkeä kesäkuussa 2016 (Jaranti 2016). 2699 asiakkaan palvelut oli järjestetty Turun omana toimintana ja 302 asiakasta ostivat palvelut palvelusetelillä yksityisiltä toimijoilta. Asiakas päättää itse haluaako hän käyttää kunnan vai yksityisen tarjoajan palveluja.

Asiakkaina Turun kotihoidossa on ikäihmisiä, pitkäaikaissairaita ja vammaisia, joiden toimintakyky on alentunut ja jotka tarvitsevat apua arkipäiväisessä selviytymisessä (Turun kotihoito 2018). Asiakkaina on myös muistisairaita, mielenterveysasiakkaita, omaishoidettavia ja saattohoitopotilaita. Kotihoidon palveluja on mahdollista saada, jos Turun kotihoidossa laaditut kriteerit täyttyvät.

Kotihoidon palvelujen ja hoidon tarve arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa (Turun kotihoito 2018). Palvelujen tarve määräytyy henkilön toimintakyvyn perusteella. Arvioinnista laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma, jossa on määriteltynä, kuinka paljon ja minkälaisia palveluja henkilö tarvitsee. Kotihoidosta perittävä maksu on määriteltä asiakasmaksuasetuksessa.

Turun kotihoidossa toimintakykyarvioinnissa käytetään pääsääntöisesti RAI -järjestelmän mittareita (Helin 2017). Palvelutarpeen arviointi on keskitetty yhteen yksikköön, mutta kotona tehdään tarvittaessa myös yksittäisiä screener arviointeja. RAI – järjestelmän mittaristossa on osio kognitiivisen toimintakyvyn mittaamiseen. Turussa toimii lisäksi muistikoordinaattoreita, jotka testaavat kognitiivista toimintakykyä MMSE/CERARD testillä ja kartoittavat testatun asiakkaan kotona pärjäämistä ja avun tarvetta.

Terveysaseman lääkäri vastaa kotihoidon asiakkaan hoidosta niin kauan kun asiakas pystyy fyysisen tai kognitiivisen toimintakykynsä puolesta käymään terveysasemalla (Tamminen 2017). Kun tämä ei enää ole mahdollista, tekee kotihoidon lääkäri tarvittaessa kotikäynnin. Vähän alle puolet kaikista Turun kotihoidon asiakkaista on kotihoidon lääkärin hoidettavana. Yksityislääkärillä käyvien lääkitys- ja potilastietojen siirtyminen kotihoitoon on vaikeampaa kuin kunnallisista hoitoyksiköistä. Kanta- arkisto (sähköisessä muodossa oleva valtakunnallinen resepti- ja potilastiedon arkisto) on helpottanut osin tätä ongelmaa.

Turku on jaettu 22 kotihoidon palvelualueeseen vuonna 2016 (Turun kotihoito 2018). Jokaisen palvelualueen tehtävät on jaettu kahden tai kolmen tiimin hoidettaviksi. Jokaisessa tiimissä on vähintään yksi sairaanhoitaja, joka vastaa sairaanhoidollisista tehtävistä. Vuonna 2014 henkilökunta koostui pääasiallisesti lähi- tai perushoitajista (63 %) (Tamminen 2014). Sairaanhoitajia oli 12 %, kodinhoitajia 13 % ja kotiavustajia 12 %.

Palvelutarpeen vaativuuden ja määrän mukaan asiakkaat jaotellaan eri palveluluokkiin. Palveluluokat ja Turun kotihoidon asiakkaiden jakaantuminen eri palveluluokkiin on esitetty taulukossa 6. Niillä asiakkailla,

joiden lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotihoito, jakaa hoitaja lääkkeitä asiakkaan kotona viikoittain asiakkaan omaan lääkedosettiin.

Taulukko 6. Turun kotihoidon palveluluokat (102.) ja asiakkaiden jakaantuminen eri palveluluokkiin kesäkuussa 2016 (Jaranti 2016).

Palveluluokka	Kotihoidon palvelujen määrä tunteina	Osuus Turun kotihoidon asiakkaista (%)
1. palveluluokka	viikoittainen avustava kotihoito (alle 5 h/kk)	25
2. palveluluokka	viikoittainen tuettu kotihoito (6 - 10 h/kk)	19
3. palveluluokka	päivittäinen kotihoito (11 - 25 h/kk)	30
4. palveluluokka	tehostettu kotihoito (26 - 50 h/kk)	21
5. palveluluokka	tehostettu kotihoito (yli 50 h/kk)	5

4 TUTKIMUSOSA

4.1 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden Turun kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyvien palvelujen toimivuutta asiakkaiden näkökulmasta. Myös lääkehoitoa toteuttavien omaisten kokemukset palveluista otettiin mukaan tutkimukseen. Palvelujen toimivuutta arvioitiin seuraavien tutkimuksen tavoitteiden avulla.

1. Vertailla potilastietojärjestelmässä olevien lääkelistojen ja kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden todellisuudessa käytössä olevien lääkkeiden vastaavuutta.
2. Kuvailla ja vertailla iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ja lääkehoitoa toteuttavien omaisten kokemuksia ja toiveita lääkehoidon toteutumisesta sekä lääkehoitoon liittyvistä palveluista.
3. Tutkia ja kuvailla iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden omia voimavaroja toteuttaa lääkehoitoa.

4.2 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus toteutettiin kahdessa osassa kotihoidon asiakkaiden kotona. Molemmissa osissa osallistujina olivat samat kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa. Ensimmäisessä osassa kyselytutkimuksella selvitettiin, onko sähköisessä potilastietojärjestelmässä oleva lääkelista ajan tasalla eli onko siinä oikeat tiedot kotihoidon asiakkaiden todellisuudessa käyttämistä lääkkeistä ja niiden annoksista. Toisessa osassa tutkittiin haastattelumenetelmällä asiakkaiden kokemuksia lääkehoitopalveluista sekä lääkehoidon seurannasta ja tuesta. Haastattelututkimuksella selvitettiin myös asiakkaiden toiveita lääkehoitoon liittyvien palvelujen järjestämisestä ja onko asiakkailla halua ja toisaalta kykyä toteuttaa enemmän omaa lääkehoitoon.

Asiakkaiden kokemuksia selvitettiin lääkehoitoon liittyvästä prosessista, joka käsittää lääkehoidon toteutuksen, lääkehoidon seurannan, tuen, lääkeneuvonnan ja lääkityksen tarkastuksen. Tuella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa henkistä eli emotioon ja kumppanuuteen perustuvaa tukea ei aineellista tukea (Cohen ja Hoberman 1983). Sosiaalisen tuen on osoitettu olevan tärkeä hoitotuloksiin ja hoitokäyttäytymiseen vaikuttava tekijä (WHO 2003). Lääkehoidon seuranta sisältää sekä lääkkeiden vaikutusten että haittavaikutusten seurannan.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta haettiin tutkimukselle puoltava lausunto. Eettisen toimikunnan lausuntoa pyydettiin, koska tutkimuksessa kerättiin ja käytettiin henkilö- ja terveystietoja.

4.2.1 KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN OTANTA, VALINTA JA REKRYTOINTI

Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolinen otos Turun kotihoidon asiakkaista. Osallistujia rekrytoitiin siksi erityyppisiltä Turun kotihoidon palvelualueilta. Mukaan otettiin yksi keskusta-, yksi lähiö- ja yksi maaseutupalvelualue. Osallistujamäärää rajoitti tutkimuksen toisen osan laadullinen luonne.

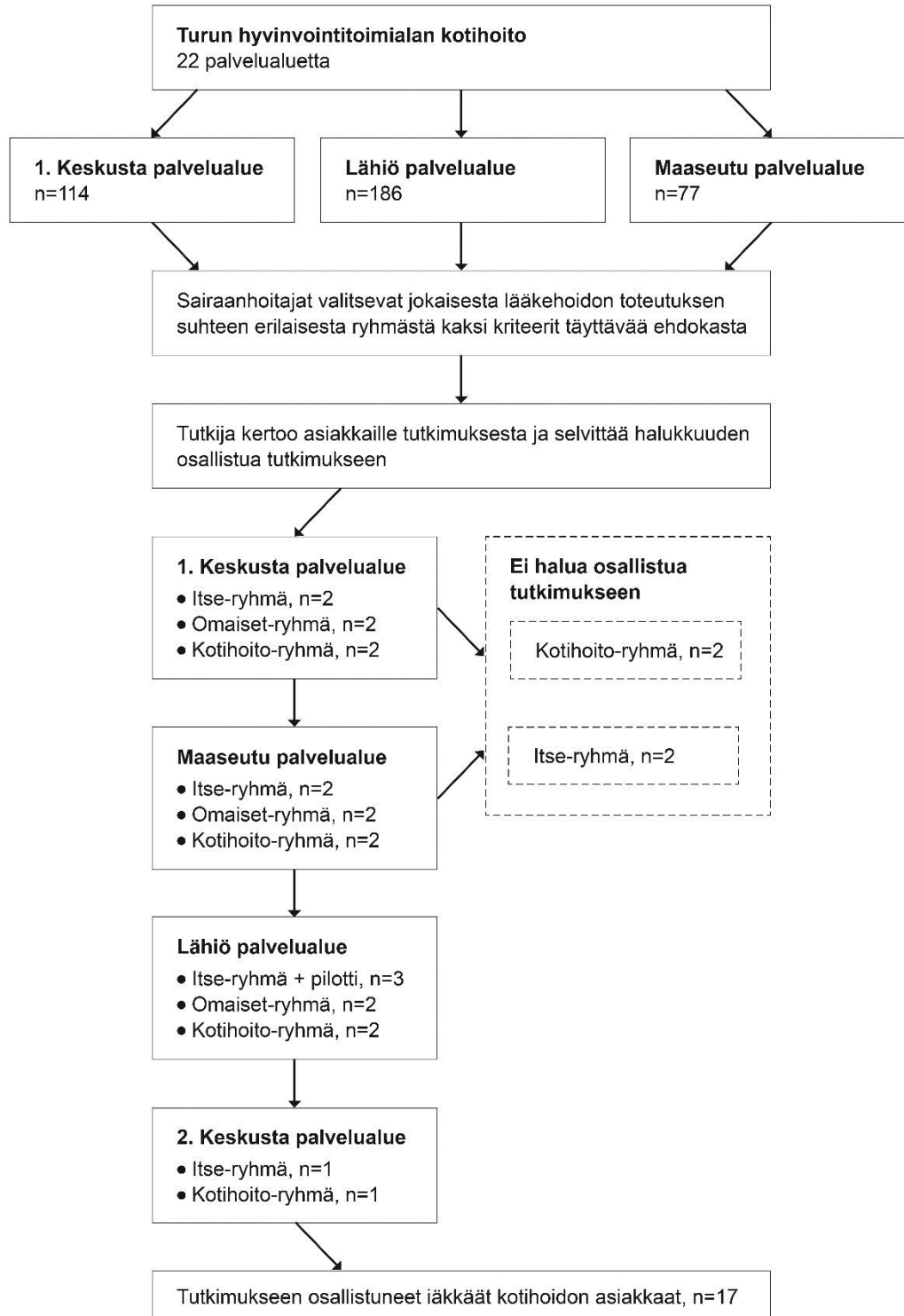
Kotihoidossa on kolmenlaisia asiakkaita sen suhteen, kuka toteuttaa lääkehoitoon liittyvät tehtävät eli lääkkeiden hankinnan, reseptien uusimisen ja lääkkeiden jaon. Ryhmiä on sen mukaan kolme: asiakas toteuttaa itse (jatkossa itse -ryhmä), omaiset toteuttavat (jatkossa omaiset -ryhmä) tai kotihoito toteuttaa nämä tehtävät (jatkossa kotihoito -ryhmä). Valmiiksi jaettujen lääkkeiden ottamisen hoitavat asiakkaat itse kaikissa näissä ryhmissä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineisto analysoidaan yksityiskohtaisesti ja sen tähden otoskoko on yleensä rajallinen (Smith 2002). Tässä tutkimuksessa haastateltavat valittiin tarkoituksenmukaisuusperiaatteella (Kylmä ja Juvakka 2012). Tarkoituksenmukaisuusperiaate tarkoittaa sitä, että osallistujiksi valitaan sellaisia henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta ja jotka osaavat ja haluavat kertoa kokemuksistaan. Osallistujia oli tavoitteena saada yhtä paljon jokaisesta lääkehoidon suhteen erilaisesta ryhmästä ja siten, että he jakaantuisivat tasaisesti kolmelle erilaiselle lähipalvelualueelle.

Osallistujien valinnan suoritti asianomaisen palvelualueen kotisairaanhoitaja, koska hän tuntee parhaiten asiakkaat ja heidän soveltuvuutensa tutkimukseen. Tutkija selvitti sairaanhoitajille osallistujien valintakriteerit, jotka olivat Turun hyvinvointitoimialan kotihoidon piirissä oleva kotona asuva yli 65 -vuotias henkilö, jolla on käytössä vähintään kaksi lääkettä. Muut sisäänottokriteerit olivat: asiakkaan palveluluokka 1-3 (palveluluokat on määritelty taulukossa 6.) ja kommunikaatiokyky suomeksi. Sairaanhoitajia pyydettiin valitsemaan henkilöitä, joilta saataisiin luotettava vastaus kysymyksiin. Tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin mielenterveysasiakkaat, saattohoitopotilaat ja merkittävästi muistiongelmaiset henkilöt, joiden Mini-Mental State Examination eli MMSE testin tulos oli alle 19.

Sekä itse-, omaiset- että kotihoito -ryhmästä oli tavoitteena saada jokaiselta erilaiselta palvelualueelta kaksi henkilöä, jolloin tutkittavien määrä olisi vähintään 18 henkilöä. Minimimäärä olisi ollut 9 henkilöä (1 henkilöä per ryhmä per palvelualue). Riittävää määrää osallistujia ei löytynyt ensimmäisellä kierroksella, joten mukaan otettiin toinen keskusta palvelualue.

Samalla palveluluokkarajoitus poistettiin ja poissulkukriteeriksi muutettiin MMSE – testin tulos alle 17. Osallistujien rekrytointi on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4 Osallistujien rekrytointi iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutus - tutkimukseen.

Kotihoidon sairaanhoitajat valitsivat omista asiakkaistaan sisäänotto-kriteerit täyttävät tutkimukseen soveltuvat henkilöt. Asiakkaiden suostumuksen pyytäminen tutkimukseen toteutettiin eettisen toimikunnan tutkimuksen puoltolausunnossa edellyttämällä tavalla. Sairaanhoitajat selostivat ensin asiakkaille, mistä tutkimuksessa on kysymys ja kysyivät luvan sille, että tutkija voi soittaa heille ja sopia tapaamisajankohdan. Tutkija kävi sovittuna aikana valittujen henkilöiden luona ja kertoi tarkemmin tutkimuksesta ja antoi heille kirjallisen tiedotteen asiasta. Asiakkaille annettiin aikaa tutustua aiheeseen ja harkita tutkimukseen osallistumista. Näin ollen tutkija sopi asiakkaan kanssa ajankohdan, milloin hän voi kysyä asiakkaan suostumusta tutkimukseen. Jos asiakas oli halukas osallistumaan, hän allekirjoitti suostumuksen tutkimukseen sekä suostumuksen terveystietojensa keräämiseen. Kolme osallistujaa halusi kuitenkin, että suostumuslomakkeet allekirjoitettiin ja tutkimus tehtiin jo ensimmäisellä kerralla.

4.2.2 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.2.2.1 Kyselytutkimus

Tutkimuksen aluksi tutkija selvitti strukturoidulla kyselylomakkeella (liite 2.) asiakkaan taustatiedot (ikä, sukupuoli, koulutus, asuuko yksin vai puolison kanssa), lääkärissä ja sairaalassa käynnit sekä kuka hoitaa reseptien uusimiset, lääkkeiden hankinnan, lääkkeiden jakamisen, lääkkeiden antamisen ja onko käytössä dosetti tai annosjakelupussi. Samaan lomakkeeseen tutkija kirjasi tiedot asiakkaan sillä hetkellä todellisuudessa käytössä olevista lääkkeistä. Mukaan otettiin resepti- ja itsehoitolääkkeet sekä luontaistuotteet. Strukturoidun lomakkeen pohjana käytettiin lääkehoidon kokonaisarvioinneissa käytettävää lomaketta (Leikola 2012), jota muokattiin tähän tutkimukseen soveltuvaksi (liite 2.). Käytössä olevat lääkkeet ja niiden käyttö selvitettiin lääkepakkauksista, dosetista ja haastattelemalla asiakasta. Tutkija kävi asiakkaan kanssa läpi kaikki mahdolliset lääkkeiden säilytyspaikat kotona. Lopuksi kysyttiin erikseen onko käytössä särky-, allergia-, närästys-, ummetus-, yskänlääkkeitä, kipugeelejä, vitamiini- ja hivenainevalmisteita. Tiedot kerättiin myös itsehoitolääkkeistä ja luontaistuotteista. Viimeisenä osallistujilta kysyttiin, onko käytössä vielä muita lääkkeitä, jotta varmasti saatiin mukaan kaikki kotona olevat lääkkeet.

Kotihoidon asiakkaiden lääkitystietojen oikeellisuutta tutkittiin vertaamalla käytössä olevia lääkkeitä sähköiseen potilastietojärjestelmään kirjattuihin lääkelistoihin. Asianomaisen palvelualueen sairaanhoitaja tulosti lääkelistat Pegasos – potilastietojärjestelmästä. Pegasosjärjestelmää käytetään potilastietojen hallintaan Turun hyvinvointitoimialan terveydenhuollon yksiköissä. Sairaanhoitaja tulosti potilastietojärjestelmästä myös asiakkaan sairausdiagnoosit ja MMSE tuloksen. Lääkelista tulostettiin samana päivänä

kuin käytössä olevat lääkkeet selvitettiin asiakkaiden kotona. Näin varmistettiin, että lääkehoitoon ei ollut tullut muutoksia tietojen keräämisen aikana. Potilastietojärjestelmästä saadun lääkelistan ja kyselykaavakkeella selvitettyjen käytössä olevien lääkkeiden eroiksi laskettiin lääkkeen puuttuminen jommaltakummalta listalta, erot annostuksessa ja lääkkeen vahvuudessa

Potilastietojärjestelmän lääkelistaa selvittäessä tutkittavien henkilötiedot ja diagnoosit olivat tiedossa. Lääkelistatiedot yhdistettiin asianomaisen haastattelutietoihin. Tämän jälkeen henkilötiedot poistettiin ja tutkimus tehtiin täysin luottamuksellisesti siten, että yksittäisten henkilöiden vastauksia ei voi yhdistää kehenkään henkilöön.

4.2.2.2 Teemahaastattelu

Asiakkaiden kokemukset ja toiveet lääkehoitoon liittyvistä palveluista, lääkehoidon seurannasta ja tuesta sekä asiakkaiden omat voimavarat lääkehoidon toteutuksessa selvitettiin teemahaastattelulla.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa ei käytetä kaikille samanlaisia ja samassa järjestyksessä olevia strukturoituja kysymyksiä (Hirsjärvi ja Hurme 2011). Haastattelu tehdään etukäteen suunniteltujen tutkimusongelman kannalta olennaisten teemojen ympärillä. Teemahaastattelu on hyvin soveltuva menetelmä tapauksissa, joissa halutaan saada esille haastateltavien näkökulma jostakin aiheesta (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Tämän tutkimuksen haastatteluissa käytiin haastateltavien kanssa läpi seuraavat aiheet:

- kokemukset lääkehoitoprosessin toimivuudesta ja onko prosessi täysin selvillä
- lääkeneuvonta
- lääkehoidon seuranta ja tuki
- lääkityksen tarkastus
- palautteen saaminen lääkehoidon toteuttamisesta
- toiveet palveluista, neuvonnasta, seurannasta ja lääkityksen tarkastuksesta
- asiakkaan omat voimavarat lääkehoidon toteutuksessa

Haastattelulomake (liite 2.) testattiin yhdellä itse -ryhmään kuuluvalla kotihoidon asiakkaalla ennen varsinaisia haastatteluja. Pilottiin osallistuvan sisäänotto- ja ulosottokriteerit olivat samat kuin tutkimukseen osallistuvilla. Pilotin pohjalta haastattelukysymyksiä tarkennettiin, jotta saataisiin varmemmin kaikilta haastateltavilta vastaukset eri teemoihin. Tarkennettu haastattelulomake osoittautui kuitenkin liian yksityiskohtaiseksi ja aiheutti sen, että sama kysymys saattoi tulla esitetyksi useampaan kertaan. Sen tähden palattiin alkuperäiseen haastattelulomakkeeseen. Pilotissa saadut teemahaastatteluvastaukset otettiin mukaan tutkimustuloksiin. Kokemukset ja toiveet lääkehoitoon liittyvistä palveluista kysyttiin myös niiltä omaisilta,

jotka toteuttivat läheisensä lääkeshoidon. Tutkija nauhoitti haastattelut ja litteroi ne. Litterointi tarkoittaa haastattelunauhan sanatarkkaa purkamista tekstiksi (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008)

4.3 AINEISTON ANALYYSI

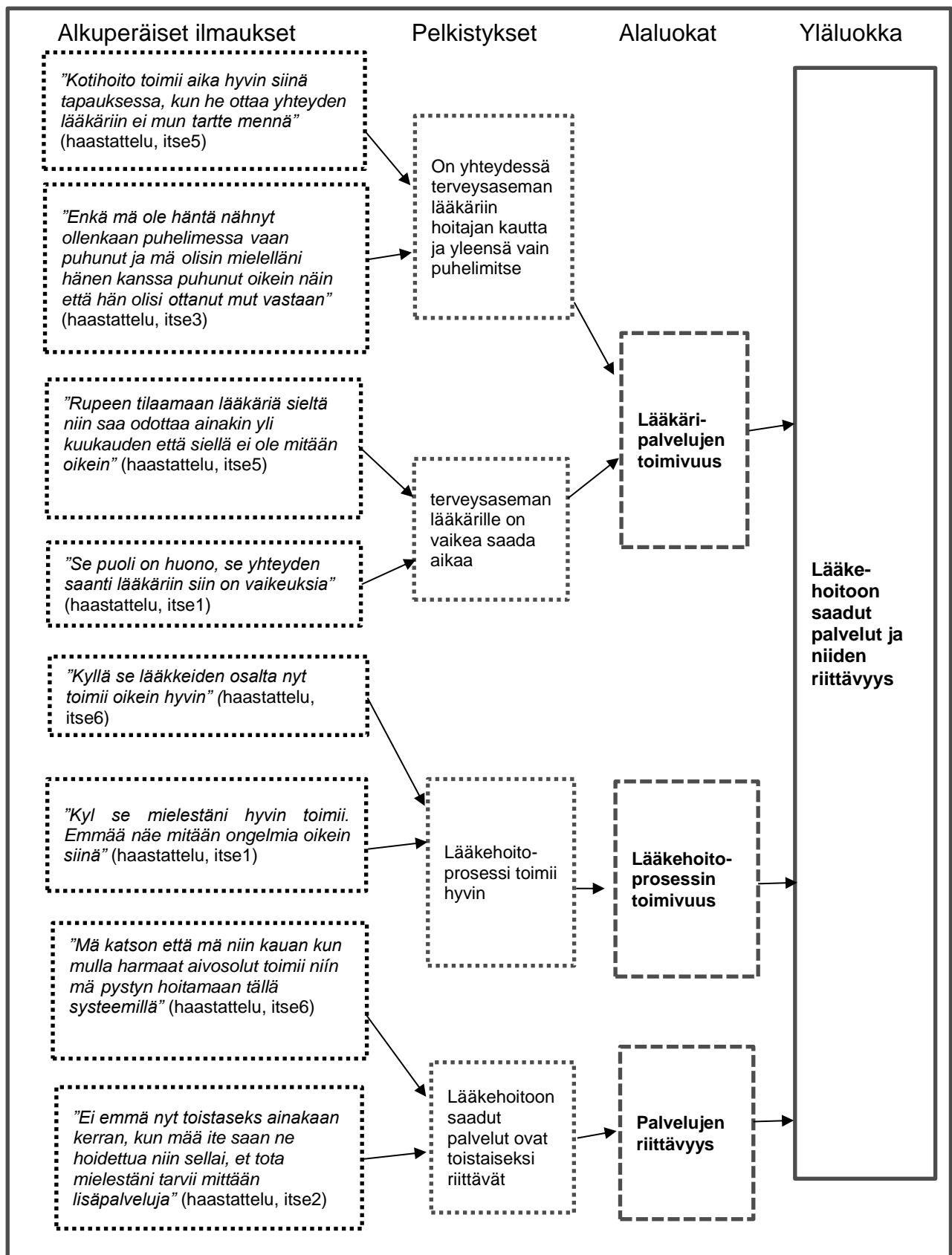
4.3.1 LÄÄKITYSTIETOJEN ANALYYSI

Osallistujien tausta- ja lääkitystietojen analysoinnissa käytettiin kuvailevaa tilastotiedettä kuten prosenttiosuuksia, keskiarvoja ja keskihajontaa. Analysointi tehtiin käyttäen Office ohjelman Excel 2013 taulukkolaskentaohjelmaa.

4.3.2 TEEMAHAASTATTELUN ANALYYSI

Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (Kylmä ja Juvakka 2012). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä rakennetaan teoriaa aineistosta käsin (Eskola ja Suoranta 1998). Tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä ja Juvakka 2012). Sisällönanalyysin avulla aineistosta syntyy ilmiötä kuvaavia luokkia ja käsitteitä.

Litteroitu aineisto luettiin ensin useaan kertaan. Sen jälkeen aineistosta haettiin kohdat, joissa käsiteltiin tutkimuksen tarkoitukseen liittyviä seikkoja. Kohdat pelkistettiin eli asia tiivistettiin mahdollisimman kuvaavaksi ilmaisuksi. Samaan teemaan liittyvät pelkistykset yhdistettiin yhdeksi alaluokaksi. Yläluokka nimettiin siten, että se kattaa kaikki siihen kuuluvat alaluokat (Kylmä ja Juvakka 2012). Analyysin suorittaminen on kuvattu esimerkinomaisesti kuvassa 5. Analyysi tarkastettiin vielä siten, että haastattelut luettiin uudestaan ja varmistettiin, että kaikki tutkimuskysymysten kannalta olennaiset ilmaukset oli otettu mukaan analyysiä varten. Lisäksi varmistettiin, että pelkistykset kuvasivat alkuperäisiä ilmauksia riittävän hyvin ja että jokaisessa haastattelussa oli käytetty samoja pelkistyksiä.



Kuva 5 Kaaviokuva kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden teemahaastattelujen aineistolähtöisen sisällönanalyysin suorittamisesta.

5 TULOKSET

5.1 TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET KOTIHOIDON ASIAKKAAT JA RYHMÄT

Tutkimukseen osallistui 17 kotihoidon asiakasta joulukuun 2015 ja helmikuu 2016 välillä. Osallistujia rekrytoitiin kolmelta erilaiselta kotihoidon palvelualueelta. Lähiöalueelta saatiin kaksi henkilöä kustakin ryhmästä. Keskustapalvelualueelta mukaan tuli kaksi osallistujaa itse- ja omaiset – ryhmästä ja yksi kotihoito -ryhmän asiakas. Maaseutualueelta saatiin kaksi henkilöä omaiset- ja kotihoito -ryhmistä. Itse -ryhmästä ei saatu maaseutualueelta yhtään osallistujaa. Itse – ryhmän asiakkaita rekrytoitiin yksi lisää lähiöalueelta ja yksi uudelta keskustapalvelualueelta. Tutkimukseen osallistuvien määräksi tuli siten yhteensä 17 henkilöä. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden rekrytointi ja jakautuminen eri palvelualueille on esitetty kuvassa 4.

Asiakkaita ei rekrytoitu tämän jälkeen enempää, sillä tutkimuksen toiseen osaan kuuluneissa haastatteluissa osallistujien vastaukset alkoivat toistua samanlaisina viimeisten haastateltavien kohdalla eikä uutta tietoa tai näkökulmaa tutkittavista teemoista enää saatu. Kyseessä on saturaatio, joka on laadullisen aineistonkeruun kohta, jossa uudet tapaukset eivät tuota tutkimusongelman kannalta enää uutta tietoa ja aineistoa on silloin riittävästi (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008).

Tutkimukseen osallistujat olivat varsin iäkkäitä. Osallistujien keski-ikä oli 83 vuotta (69 – 97 v). Viisi seitsemästätoista osallistujasta oli yli 90 vuotiaita, joista kaksi vastasi itse lääkehoidon toteutuksesta. Kahdelletoista osallistujalle oli tehty kognitiiviseen arviointiin tarkoitettu Mini-Mental State Examination testi. Neljällä heistä oli tuloksena poikkeava arvo eli 24 tai alle. Kaksi heistä kuuluivat omaiset – ryhmään, yksi kotihoito- ja yksi itse -ryhmään. Viiden henkilön kohdalla MMSE testiä ei oltu tehty. Nämä henkilöt olivat arjessaan täysin omatoimisia ja kotihoidon asiakkaiksi nuoria (69 – 76 v).

Osallistujia oli jokaisesta kotihoidosta annettavien palvelujen määrän ja laadun suhteen erilaisesta palveluluokasta (taulukko 7.). Kotihoito- ja itse – ryhmässä suurin osa kuului kevyimpään palveluluokkaan (1.) eli kerran viikossa kotihoitokäyntejä saaviin. Omaiset – ryhmässä oli vain yksi ensimmäiseen palveluluokkaan kuuluvaa. Muut tämän ryhmän osallistujat tarvitsivat enemmän kotihoidon palveluja. Kolme heistä sai tehostettua kotihoitoa (palveluluokat 4. ja 5.). Omaiset -ryhmän lääkehoidon toteutuksesta vastaavat omaiset olivat kaikki naisia: kolme tytärtä, yksi tyttären tytär, yksi sisar ja yksi naisystävä.

Taulukko 7. Tutkimukseen osallistuneiden iäkkäiden kotihoitoon asiakkaiden (n=17) jakaantuminen kotihoitoon palvelujen määrän ja laadun suhteen eri palveluluokkiin sekä osallistuneiden ominaispiirteitä.

	Asiakas toteuttaa itse lääkehoidon (itse -ryhmä) (n=6)	Omaiset toteuttavat asiakkaan lääkehoidon (omaiset - ryhmä) (n=6)	Kotihoito toteuttaa asiakkaan lääkehoidon (kotihoito - ryhmä) (n=5)
palveluluokka			
1. palveluluokka	4	1	4
2. palveluluokka	2	2	
3. palveluluokka			1
4. palveluluokka		2	
5. palveluluokka		1	
naisia	4	5	4
ikä, ka (vaihteluväli)	82 (69-97)	81 (76-90)	85 (72-93)
asuu yksin	5	5	2
asuu puolison tai sisarusten kanssa	1	1	3
koulutus			
ei koulutusta			1
kansakoulu	3	5	4
keskikoulu	2		
lukio	1	1	
ammattillinen koulutus			
ei ammatillista koulutusta	2	3	5
ammattikoulu- tai ammattiopisto- tutkinto	3	3	
korkeakoulututkinto	1		
10 tai enemmän lääkkeitä			
säännöllisessä käytössä	1	2	2
säännöllisessä ja tarvittaessa käytössä	2	4	4
yleisimmät sairausdiagnoosit			
verenpainetauti	5	2	5
sydänperäinen sairaus	4	2	2
osteoporoosi	1	3	2
nivelrikko	0	3	2

Osallistujien koulutustaso oli alhainen (taulukko 7.). Suurin osa (n=12) oli käynyt vain kansakoulun ja yksi ei sitäkään. Tutkimukseen osallistujilla oli paljon sairauksia. Keskimäärin heillä oli 4,6 sairausdiagnoosia. Useimmilla (n=8) kotihoito ja omaiset – ryhmän asiakkaila oli toimintakykyä merkitsevästi haittaava sairaus. Terveysaseman lääkäri oli vastuussa useimpien osallistujien (n=12) lääkehoidosta. Kahden osallistujan perussairaus hoidettiin erikoissairaanhoidossa ja yksi asiakas kävi yksityislääkärin vastaanotolla. Kotihoidon lääkäri vastasi puolestaan kahden osallistujan lääkehoidosta.

5.2 KÄYTÖSSÄ OLEVIENTÄ LÄÄKKEIDEN MÄÄRÄ JA VASTAAVUUS POTILASTIETOJÄRJESTELMÄN LÄÄKELISTAN KANSSA

Tutkimukseen osallistuneilla oli 4-22 säännöllisesti ja tarvittaessa käytettävää resepti- ja itsehoitolääkettä. Säännöllisesti käytettäviä lääkkeitä osallistuneilla oli 2-19. Viidellä asiakkaalla seitsemästätoista oli kymmenen tai enemmän lääkettä säännöllisessä käytössä. Käytössä olevien lääkkeiden määrä oli suurin kotihoito -ryhmässä. Heillä oli keskimäärin 10,2 jatkuvassa käytössä olevaa lääkettä. Heillä oli myös hieman enemmän sairausdiagnooseja kuin muissa ryhmissä (keskimäärin 5,2).

Potilastietojärjestelmässä olevan lääkelistan ja todellisuudessa käytössä olevien lääkkeiden erot laskettiin ensin pelkästään säännöllisessä käytössä olevista lääkkeistä. Eroja potilastietojärjestelmän lääkelistan ja käytössä olevien lääkkeiden välillä oli eniten omaiset -ryhmässä (keskimäärin 1,3 poikkeavuutta asiakasta kohden). Vähiten eroja oli kotihoito -ryhmässä (keskimäärin 0,8 poikkeavuutta asiakasta kohden). Eroja lääkelistojen ja käytössä olevien lääkkeiden välillä oli 71 %:lla (n=12) asiakkaista. Osa eroavaisuuksista johtui siitä, että asiakas oli käynyt yksityislääkärillä tai erikoissairaanhoidossa ja kotihoito ei ollut vielä ennättänyt päivittää lääkelistaa. Tutkimuksessa selvitettiin myös käytössä olevat itsehoitolääkkeet. Kun mukaan otettiin käytössä olevat itsehoitolääkkeet, oli eroja lääkelistan ja säännöllisessä käytössä olevien lääkkeiden välillä keskimäärin 2,7 asiakasta kohden ja eroja oli lähes kaikilla asiakkailla (n=15). Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten ryhmien tutkimuksessa esiin tulleita eroja on kuvattu taulukossa 8.

Taulukko 8. Tutkimukseen osallistuneiden lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakasryhmien (n=3) sairausdiagnoosien, käytössä olevien lääkkeiden ja lääkelistojen erojen määrät.

	Asiakas toteuttaa itse lääkehoidon (itse -ryhmä) (n=6)	Omaiset toteuttavat asiakkaan lääkehoidon (omaiset - ryhmä) (n=6)	Kotihoito toteuttaa asiakkaan lääkehoidon (kotihoito - ryhmä) (n=5)
Sairausdiagnoosien lukumäärä, ka	4,0	4,8	5,2
Säännöllisessä käytössä olevien lääkkeiden määrä, ka	6,2	9,7	10,2
Säännöllisessä käytössä olevien ja potilastietojärjestelmän lääkelistan reseptilääkkeiden erojen määrä asiakasta kohden, ka	1,0	1,3	0,8
Kaikkien säännöllisessä käytössä olevien lääkkeiden (mukaan lukien itsehoitolääkkeet) ja potilastietojärjestelmän lääkelistan erojen määrä asiakasta kohden, ka	2,5	3,0	2,6

Eniten eroja esiintyi lääkkeiden annostuksissa eli lääkkeiden annostusohjeet olivat kotona erilaiset kuin, mitä potilastietojärjestelmään oli kirjattuna. Toiseksi yleisimmät erot olivat joko kotona käytössä olevan lääkkeen puuttuminen potilastietojärjestelmän lääkelistalta tai potilastietojärjestelmän listalla olevan lääkkeen puuttuminen kotoa. Tämän tyyppisiä eroavaisuuksia oli yhtä paljon.

5.3 LÄÄKEHOITOPALVELUJEN TOIMIVUUS IÄKKÄIDEN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN NÄKÖKULMASTA

Itse- ja kotihoito – ryhmien haastatteluissa mukana oli vain asiakas. Omaiset – ryhmien haastatteluissa asiakkaan haastattelun yhteydessä haastateltiin myös omainen paitsi yhdessä tapauksessa, jossa omaisen haastattelulle sovittiin eri aika. Yksi omainen joutui poistumaan kesken haastattelun. Tällöin tutkija ja omainen sopivat uuden tapaamisajan, jolloin haastattelu vietiin loppuun.

Tärkeimmät haastatteluissa esiin nousseet aiheet olivat kuinka tyytyväisiä kotihoidon asiakkaat olivat saamiinsa lääkehoitoon liittyviin palveluihin, olivatko he mielestään saaneet riittävästi palveluita lääkehoitoonsa, kuinka paljon ja keneltä asiakkaat olivat saaneet informaatiota lääkkeistään,

minkälaista tukea ja palautetta asiakkaat olivat saaneet lääkehoidon toteutuksesta sekä minkälainen oli asiakkaiden näkemys lääkehoidon vaikutusten ja haittavaikutusten seurannasta. Yksi keskeinen aihe oli myös se, minkälaiset olivat asiakkaiden omat voimavarat lääkehoidon toteutuksessa ja kuinka sitoutuneita he olivat lääkehoitoonsa.

Asiakkailta kysyttiin myös heidän käsitystään siitä, miten usein ja kuka tarkastaa heidän lääkityksensä. Haastateltaville olisi pitänyt kertoa tarkemmin, mitä lääkityksen tarkastuksella tarkoitetaan. Tavoitteena oli ollut selvittää kuinka usein lääkelista käydään kokonaisuudessaan läpi ja tarkastetaan, että lääkitys on asianmukainen. Koska haastateltavat kuitenkin olivat ymmärtäneet kysymyksen monin eri tavoin, vastauksia ei voitu arvioida. Teemahaastattelujen (17) sisällönanalyysin tuloksena asiakkaiden kokemuksista muodostui viisi yläluokkaa, jotka kattoivat tiivistetyssä muodossa tärkeimmät haastatteluissa esiin nousseet aiheet.

- lääkehoitoon saadut palvelut ja niiden riittävyys
- lääkeinformaatiolähteet
- lääkehoitoon saatu tuki ja palaute
- lääkkeiden vaikutusten ja haittavaikutusten seuranta
- iäkäs kotihoidon asiakas lääkehoidon toteuttajana

Seuraavissa kappaleissa kerrotaan tarkemmin teemahaastattelun tuloksista. Tulokset käsitellään yläluokittain omissa kappaleissaan. Haastatteluista saadut ylä- ja alaluokat sekä pelkistykset on koottu taulukoihin 9 – 13. Taulukoissa on esimerkkejä alkuperäisistä ilmauksista, joiden mukaan pelkistykset on tehty.

5.3.1 LÄÄKEHOITOON SAADUT PALVELUT JA NIIDEN RIITTÄVYYS

Kotihoidon asiakkaiden (n=17) kokemuksia lääkehoitoihin liittyvistä palveluista on koottu taulukkoon 9. Kaikki itsehoito-, omaiset- ja kotihoito – ryhmien asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä lääkehoitoon liittyviin palveluihin.

Kotihoidon palvelut koettiin erittäin hyväksi ja toimiviksi. Itse – ryhmä ja kotihoito – ryhmä olivat sitä mieltä, että kotihoidosta saa palveluja joustavasti. Kotihoito – ryhmä oli lisäksi sitä mieltä, että ilman kotihoitoa he eivät tulisi toimeen. Omaiset – ryhmä oli myös suurimmaksi osaksi tyytyväinen kotihoidon palveluihin. Itse – ryhmä toteutti lähes kokonaan lääkehoidon ja tässä ryhmässä kotihoito ei juurikaan osallistunut lääkehoitoon. Kaikki ryhmät arvioivat vastauksissaan kotihoidon palveluja kokonaisuudessaan eivät pelkästään lääkehoidon toteutuksen kannalta. Kotihoitopalvelujen ainoana miinuspuolena itse – ryhmä piti sitä, että hoitajat vaihtuvat liian usein.

Kaikissa ryhmissä kotihoidon palvelujen käyttäjät eli asiakkaat eivät sen hetkisessä elämäntilanteessa kaivanneet kotihoidosta lisää palveluja. He olivat sitä mieltä, että niin kauan kuin toimintakyky pysyy samana, lisäpalveluille ei ole tarvetta. Ainoastaan yhdellä omaiset – ryhmän asiakkaalla oli toivomus, että hoitajat tarkastaisivat aina dosetista, onko hän muistanut ottaa

lääkkeensä, koska hän ei enää luottanut omaan muistiinsa. Itse – ryhmä ja kotihoito – ryhmä kertoivat kuitenkin, että hoitajat kysyivät usein onko asiakas muistanut ottaa lääkkeensä ja tarkastivat asian vielä dosetista.

Taulukko 9. Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotihoidon asiakasryhmien kokemukset lääkehoitoon liittyvistä palveluista. KAIKKI=kaikki ryhmät, ITSE=itse lääkehoidon toteutuksesta vastaava ryhmä, KOTIHOITO=ryhmä, jossa lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotihoito, OMAISET=ryhmä, jossa omainen vastaa lääkehoidon toteutuksesta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Ryhmät	Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista
Lääkehoitoon saadut palvelut ja niiden riittävyys	lääkehoitoon liittyvän prosessin ymmärtäminen	lääkehoitoon liittyvä prosessi on täysin selvillä	KAIKKI	<i>kyllä mä käsittääkseni hyvin ymmärrän mitenkä se (lääkehoitoprosessi) toimii (haastattelu, itse6)</i>
	tyytyväisyys lääkehoito-palveluihin	on tyytyväinen nykyisiin lääkehoitoon liittyviin palveluihin	KAIKKI	<i>mä tykkään että ei se parempi oikeastaan voi olla (haastattelu, itse3)</i>
	lääkehoitopalvelujen riittävyys	lääkehoitoon saadut palvelut ovat toistaiseksi riittävät	KAIKKI	<i>ei ainakaan tällä hetkellä lääkkeisiin kaipaa kyllä että kyllä mä pärjään mutta juttukavereina kun tulevat kattomaan (haastattelu, omaiset2)</i>
	lääkäripalvelujen toimivuus	on yhteydessä terveysaseman lääkäriin hoitajan kautta ja yleensä vain puhelimitse	ITSE, KOTIHOITO	<i>jos on joku asia joka vaatis jotain niin heiltä saa ohjeita kotisairaanhoidolta tai he ottaa yhteyttä taas lääkäriin ja lääkäri ottaa yhteyttä kotiin että kyllä se aika hyvin pyörii meidän kohdallamme (haastattelu, kotihoito5)</i>
		lääkärit vaihtuvat liian usein terveysasemalla jolloin hoitoon ei tule jatkuvuutta	KAIKKI	<i>se lääkäreitten vaihtuvuus terveyskeskuksessa sit tulee uus ja lähdetään taas niin sanotusti nolla pisteestä (haastattelu, itse1)</i>
		terveysaseman lääkärille on vaikea saada aikaa	ITSE, OMAISET	<i>siellä on vähintään kaksi viikkoa, kun sinne pääsee lääkärille. Niin se on melkein kuin plus miinus nolla. Kävi niin kuin kerran, kun mä menin yks kevät, niin sanottiin, että pääsee vasta syksyllä sille lääkärille (haastattelu, omaiset4)</i>

	kotihoiton palvelujen toimivuus	kotihoidosta saa tarvittavat palvelut joustavasti	ITSE, KOTIHOITO	<i>kyl se (kotihoiton palvelut) aika joustavasti kaikki toimii (haastattelu, itse1)</i>
		kotihoiton palvelut ovat monipuoliset ja ilman kotihoitoa ei tulisi toimeen	KOTIHOITO	<i>tää apu tuolta kotihoidosta on joustava että jos tarvitsee jottain niin kyllä se aina toiminut on joku tulee kattomaan tai toinen soittaa tai jottain aina saa neuvoja puhelimitsekin, jos se lakkaa olemasta niin sitten on hukka meillä (haastattelu, kotihoito5)</i>
		kotihoiton hoitajat ovat suurimmaksi osaksi ahkeria ja auttavaisia	OMAISET	<i>auttaa mutta se on muutamia on semmosia sitten että ne ei ota niin kuin se pitäisi ottaa mutta vähän sinne päin (haastattelu, omaiset3)</i>
		kotihoiton hoitajat vaihtuvat usein	ITSE	<i>joka kerta tulee eri tyttö jos tuliskin aina yksi mutta kun joka kerta eri ja sitten mä en tiedä enkä tunne niitä kun ne on niin vieraita mä en yhtään tykkää (haastattelu, itse3)</i>
		kotihoiton hoitajat tarkastavat onko lääkkeet otettu	ITSE, KOTIHOITO	<i>noi aina sanoo, et he näkeekin sit, et aha kaik on otettu et ku dosetti on tyhjä (haastattelu, kotihoito1)</i>
	apteekin palvelut	apteekista saa hyvää palvelua lääkehoitoon ja on hyvä, että reseptit voi uusia apteekin kautta	ITSE	<i>Se on todella hyvä apteekki Se on niin hienoo palveluu. Onneks apteekki hoitaa ne (reseptien uusimiset) (haastattelu, itse1)</i>
		ei käy itse apteekissa	KOTIHOITO	<i>jos mä kävisin itte apteekissa niin sitten se olisi eri asia mutta mulla on niin kuin välikäsi siinä apteekin ja minun välissä (haastattelu, kotihoito1)</i>
		rollaattorilla ei pääse aina apteekkiin	ITSE	<i>ennen mä kävin xxx apteekissa mutta kun niillä on niin korkeat portaot ja kun menee pois niin siellä on vielä hullummat portaot niin ton kanssa (rollaattorin) on niin paha mennä (haastattelu, itse3)</i>
		apteekki pitäisi olla lähellä	ITSE, OMAISET	<i>täällä tarttis olla näitä palveluita apteekki viedään ja postit on viety kyl tarttis olla. niin apteekki on kaukana se tarttis saada xxx:ään (haastattelu, omaiset2)</i>

Kaikissa ryhmissä haastateltavat kokivat palvelujen heikommaksi kohdaksi sen, että terveysaseman lääkärit vaihtuivat liian usein. Heidän mielestään hoito jouduttiin aloittamaan tällöin ikään kuin alusta. Itse – ryhmä ja omaiset – ryhmä olivat lisäksi sitä mieltä, että terveysasemalle oli vaikea saada lääkäriaikaa. Itse – ryhmän ja kotihoito – ryhmän asiakkaat olivat yleensä yhteydessä lääkäriin vain kotihoidon sairaanhoitajien välityksellä.

Eräs haastateltava oli sitä mieltä, ettei hän ollut nähnyt lääkäriä ollenkaan kotihoidon asiakkaana ollessaan. Hän kertoi olleensa lääkäriin yhteydessä vain puhelimitse. Toisaalta useimmat kaikissa ryhmissä kokivat hyväksi sen, ettei heidän tarvinnut lähteä terveysasemalle. Heidän mielestään yhteistyö ja tietojen vaihto sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä toimi hyvin. Jotkut olisivat kuitenkin mielellään tavanneet lääkärin kasvotusten ja jutelleet ongelmistaan.

Itse -ryhmä oli tyytyväinen apteekkien palveluun. Se, että reseptien uusiminen onnistui apteekkien kautta, oli heidän mielestä hyvä ja toimiva palvelu. Kotihoito – ryhmän asiakkaat eivät itse enää käyneet apteekeissa, joten heiltä ei saatu mielipiteitä apteekin palveluista. Itse – ryhmä oli tyytymätön ainoastaan siihen, että kaikkiin apteekkeihin ei ole mahdollista päästä rollaattorilla hankalien rappusten takia.

Lähiöalueen itse -ryhmä ja omaiset -ryhmä toivoivat lähiapteekkipalveluiden palauttamista ennalleen. Apteekki oli muuttanut kauppakeskukseen ja sinne pääseminen koettiin hankalaksi. Tutkimuksessa mukana ollut lähiöalue on Turun suurimpia ja alueella asuu paljon iäkkäitä ihmisiä, joille apteekkien nykyinen sijainti keskustassa ja ostoskeskuksissa asettaa rajoituksia apteekkipalveluiden käytölle.

Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että he olivat hyvin perillä koko lääkehoitoon liittyvästä systeemistä. Heidän mielestään siinä ei ollut mitään epäselvää. Muutama asiakas ei kuitenkaan ollut selvillä siitä, miten he saisivat varattua ajan terveysaseman lääkärille tai mihin heidän pitäisi ottaa yhteyttä terveydentilaan tai lääkehoitoon liittyvissä ongelmissa.

5.3.2 LÄÄKEINFORMAATIOLÄHTEET

Haastatellut kotihoidon iäkkäät asiakkaat olivat saaneet hoitajilta ja lääkäreiltä neuvontaa lääkkeistä vaihtelevasti. Osa oli sitä mieltä, että yksikään terveydenhuollon ammattilainen ei ollut kertonut lääkkeistä. Osa taas oli sitä mieltä, että lääkärit olivat kertoneet hyvin, mihin tarkoitukseen lääke on määrätty, miten sitä pitää käyttää ja mitkä ovat lääkkeiden vaikutukset. Myös hoitajilta he olivat saaneet jonkin verran lääkeinformaatiota. Itse – ryhmä oli sitä mieltä, että lääkkeiden aiheuttamista mahdollisista haittavaikutuksista ei ollut kerrottu, kun taas kotihoito ja – omaiset ryhmä olivat saaneet näistä jonkin verran tietoa hoitajilta ja lääkäriltä. Omaiset -ryhmän asiakkaiden mielestä sairaalassa selostetaan hyvin lääkkeiden käyttö ja vaikutukset. Muuten ryhmät eivät eronneet terveydenhuollon ammattihenkilöiden antaman lääkeinformaation suhteen.

Itse – ryhmä ja kotihoito – ryhmä ilmoittivat saavansa selville, kuinka lääkettä pitää käyttää lääkepakkauksen ohjelistasta tai lääkevalmisteen pakkausselosteesta. Lääkelista ei aina ollut ajan tasalla kotihoito – ryhmän mielestä.

Osa itse -ryhmästä oli sitä mieltä, että apteekista saa hyvin lääkeneuvontaa. Kaksi itse -ryhmäläisistä ei kuitenkaan saanut omasta mielestään apteekista neuvontaa lääkkeistä lainkaan.

Osallistujien tietokoneen käyttö oli melko vähäistä. Ainoastaan kaksi itse -ryhmästä kertoi etsivänsä tietoa lääkkeistä internetistä lähinnä google – hakupalvelua käyttämällä.

Yksikään ryhmä ei kaivannut lisää tietoa lääkkeistä. Pakkausselosteesta ja muista lähteistä löytyi heidän mielestään riittävästi tietoa. Kotihoito ja omaiset – ryhmän asiakkaat olivat sitä mieltä, että uutta tietoa on vaikea pitää muistissa, eikä siitä ole heille mitään apua.

Taulukko 10 Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotihoidon asiakasryhmien lääkeinformaatiolähteet KAIKKI=ryhmät, ITSE=itse lääkehoidon toteutuksesta vastaava ryhmä, KOTIHOITO=ryhmä, jossa lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotihoito, OMAISET=ryhmä, jossa omainen vastaa lääkehoidon toteutuksesta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Ryhmät	Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista
lääke-informaatio-lähteet	lääkäreiden ja hoitajien antama lääkeneuvonta	lääkärit ja hoitajat antavat vaihtelevasti lääke-informaatiota	KAIKKI	<i>ei mulle oo sen enempää kukaan oo selittänyt kun lyönyt purkin kätteen tosson syö pois (haastattelu, omaiset3) Hyvin hyvin on aina jos uuttakin on tullut niin siitä on hyvin minua on perehdytetty (kotihoiton hoitajat) (haastattelu, kotihoito2)</i>
		haittavaikutuksista on kerrottu jonkin verran	KOTIHOITO, OMAISET	<i>kyl se sanotaan että jos on joku semmonen mist voi tulla jottain tykytyksiä tai tämmösiä että täytyy seurata ja jos tulee niin sitten ei saa jatkaa semmosia ohjeita he antaa (haastattelu, kotihoito1)</i>
	apteekin lääkeneuvonta	apteekista saa hyvin lääke-informaatiota	ITSE	<i>no niitähän neuvoja) saa siellä jo ostaessa kysyy ne farmaseutit että onko lääke tuttu ja jos siellä on jotain mitä pitää erityisesti huomioida kyllä he yleensä sen ottaa esille että olenko tietoinen tämmösestä seikasta mikä siinä sitten onkin siinä lääkkeessä (haastattelu, itse6)</i>

	lääke- informaatio- lähteiden käyttö	muutama hakee internetistä tietoa lääkkeistä	ITSE	<i>mä voin kaivaa sen niistä lääkeselostuksista tai sitten mä googlaan sen sieltähän löytyy paljon (haastattelu, itse6)</i>
		suurin osa ei käytä internetiä	KAIKKI	<i>en mä en netistä kato enää. Mulla on tämä tietokoneen käyttökin loppunut, kun mulla on toi tämä näkö niin huono (haastattelu, kotihoito4)</i>
		pakkausselosteista sekä hoitajat että asiakkaat löytävät paljon tietoa lääkkeistä	ITSE, KOTIHOITO	<i>Kyl mää yleensä ne luen mitä tuol on se mitä oireita voi tulla ja semmoset luen siitä pakkausohjeesta (haastattelu, itse2)</i>
		selvittää lääkkeiden annostuksen etiketistä tai lääkelistalta	ITSE, KOTIHOITO	<i>ne on ohjeistuksessa purkin päällä (haastattelu, kotihoito5) no ku siinä mulla on se lappu (lääkelista) mitä mä otan siitä paperista mä otan ja laitan sitten dosettiin (haastattelu, itse3)</i>
		lääkelista ei ole aina ajan tasalla	KOTIHOITO	<i>siinähan (lääkelistalla) on niin paljon kaiken näkösi mitä hän ei enää syökää mikä ei ole käytössä (haastattelu, omaiset4)</i>
	lisäinformaation tarve	ei kaipaa lisää tietoa lääkkeistä	KAIKKI	<i>no ei en mää tuu sen viisaammaks yhtään jos mä saan tietää jostain lääkkeestä jotain ei se mua auta yhtään että kun mun se kerran syödä täytyy niin mä syön (haastattelu, omaiset3)</i>

5.3.3 LÄÄKEHOITOON SAATU TUKI JA PALAUTE

Ainoastaan kotihoito – ryhmä oli saanut omasta mielestään hyvin tukea lääkäriltä ja hoitajilta lääketoitoonsa. Muiden ryhmien haastateltavat sanoivat, etteivät olleet saaneet tukea terveydenhuollon ammattilaisilta lääketoiton toteuttamiseen. Kaikkien ryhmien asiakkaille tuki tuntui olevan vaikea ymmärtää käsitteenä. Osa käsitti tuen pelkästään rahallisenä tukena.

Itse – ryhmä ja kotihoito – ryhmä kertoivat oppineensa selviämään omin voimin lääkkeidensä kanssa eivätkä kokeneet tarvitsevänsa siihen tukea. Omaiset – ryhmän asiakkaat kaipasivat tukea ainoastaan yksinolemiseen tai oireiden pahentuessa.

Läheisten tuki oli kaikissa ryhmissä asiakkaille hyvin tärkeä. Joko omat lapset, sisarusten lapset tai muut sukulaiset auttoivat monissa arkipäivän asioissa. Yksikään ryhmä ei ollut saanut lääkäreiltä palautetta lääketoiton toteutuksesta.

Taulukko 11. Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotihoidon asiakasryhmien kokemukset lääkehoitoon saadusta tuesta ja palautteesta KAIKKI=kaikki ryhmät, ITSE=itse lääkehoidon toteutuksesta vastaava ryhmä, KOTIHOITO=ryhmä, jossa lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotihoito, OMAISET=ryhmä, jossa omainen vastaa lääkehoidon toteutuksesta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Ryhvät	Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista
lääkehoitoon saatu tuki ja palaute	lääkehoitoon saatu tuki	ei kaipaa tukea lääkehoitoon	ITSE, KOTIHOITO	<i>en mä ole mitään tukea saanu enkä mä ole kaivannutkaan mitä mä tukee tarviin mä osaan itte ottaa lääkkeeni silloin kun pitää ottaa en mä siinä sen kummempaa tukee tarvii (haastattelu, itse4)</i>
		tukea tarvittaisiin yksin olemiseen	OMAISET	<i>mä pelkään sitä yksin jäämistä. kun ei mun olisi täällä tarvinnut olla yksin mutta se on semmonen tuki kun siihen ei varmaan saa apua jos mulla olisi täällä ollut jatkuvasti joku ihminen (haastattelu, omaiset4)</i>
		ei ole saanut muuta tukea lääkehoitoon kuin lääkkeiden käytön neuvontaa	ITSE, OMAISET	<i>no emmä sen kummallisempaa tukee oo sillai saanu mitä nyt tietenkin tuolla (terveysasemalla) nyt selostetaan (lääkkeiden käyttö) (haastattelu, itse2)</i>
		hoitajat ja lääkäri tukevat hyvin lääkähoidossa	KOTIHOITO	<i>olen mää saanut ihan hyvää (tukea lääkäriltä) (haastattelu, kotihoito2)</i>
		tuki on vaikea ymmärtää	KAIKKI	<i>mitä se (tuki) sitten oikein tarkoittaa (haastattelu, kotihoito1)</i>
		omaiset ovat tukena ja apuna	KAIKKI	<i>no sitä mulla on noi tytöt mulla henkisenä tukena ja lasten lapset vielä (haastattelu, omaiset3)</i>
	lääkäreiden antama palaute	ei ole saanut lääkäreiltä palautetta lääkähoidon onnistumisesta	KAIKKI	<i>ei oo kukaan antanut mitään palautetta (haastattelu, itse4)</i>

5.3.4 LÄÄKKEIDEN VAIKUTUSTEN JA HAITTAVAIKUTUSTEN SEURANTA

Kotihoidon hoitajat seurasivat lääkkeiden vaikutuksia lähinnä kyselemällä vointia ja mittaamalla verenpainetta. Lääkärit seurasivat vaikutuksia laboratoriokokeilla ja useimmilla vain vuosikontrolleissa. Omaiset -ryhmässä kotihoidon hoitajat eivät juuri osallistuneet lääkehoitoon eivätkä sen tähden myöskään seuranneet kovin paljon lääkehoidon vaikutuksia.

Moni oli sitä mieltä, että lääkärit tai hoitajat eivät kysele, onko lääkkeistä tullut haittavaikutuksia. Kaikissa ryhmissä oltiin sitä mieltä, että asiakas

seuraa itse haittavaikutuksia ja ilmoittaa hoitajalle, jos niitä on tullut. Osallistujista moni oli kuitenkin tyytyväinen lääkehoitoonsa ja käytössä olevaan lääkkeiden vaikutusten seuraamiseen.

Taulukko 12. Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotihoidon asiakasryhmien kokemukset lääkityksen vaikutusten ja haittavaikutusten seurannasta KAIKKI=kaikki ryhmät, ITSE=itse lääkehoidon toteutuksesta vastaava ryhmä, KOTIHOITO=ryhmä, jossa lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotihoito, OMAISET=ryhmä, jossa omainen vastaa lääkehoidon toteutuksesta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Ryhmät	Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista
lääkkeiden vaikutusten ja haitta-vaikutusten seuranta	lääkkeiden vaikutusten seuranta	hoitajat ja lääkärit kysyvät lääkkeiden vaikutuksista vaihtelevasti	ITSE, KOTIHOITO	<i>kyllähän multa aina kysytään että olenks mä huomannut jotain että millä tavalla ne vaikuttaa (haastattelu, itse6) Ei ole kukaan seurannut mitään (lääkkeiden vaikutuksia) enks mä ole ite oma seuraajani (haastattelu, itse4)</i>
		lääkkeiden vaikutuksia seurataan lähinnä laboratoriokokeilla vuosikontrollissa	KAIKKI	<i>emmä tiedä seurataanko sitä muuten kun näillä verikokeilla että tiedetään onko arvot kohdalla (haastattelu, kotihoito1)</i>
	lääkkeiden haitta-vaikutusten seuranta	haittavaikutuksia ei ole seurattu, mutta asiakas voi ilmoittaa haittavaikutuksista ja muista ongelmista hoitajille	KAIKKI	<i>yleensä niitä (haittavaikutuksia) ei paljon multa niitä kysytä jos mä niitä huomaan niin kyllä mä kerron (haastattelu, itse6)</i>

5.3.5 IÄKÄS KOTIHOIDON ASIAKAS LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAJANA

Itse -ryhmän osallistujat toteuttivat kaikki lääkehoitoon liittyvät tehtävät reseptien uusimisesta lääkkeiden jakoon ja ottamiseen. Heidän mielestään lääkehoidon toteutus onnistui hyvin. Haastattelun aikana tuli kuitenkin ilmi, että yksi itse -ryhmäläinen ei pystynyt kirjaamaan puhelimesta annettuja uusia verenohennuslääkkeen annostusohjeita oikein. Itse -ryhmä tiesi omien lääkkeidensä annostukset ja tunsi lääkkeet ulkonäöltä. Useimmat kertoivat tarkastavansa lääkejaon. Itse – ryhmä halusi toteuttaa lääkehoitoa niin kauan kuin se oli mahdollista.

Omaiset -ryhmä ja kotihoito -ryhmä eivät halunneet enää muuten toteuttaa lääkehoitoa kuin ottamalla valmiiksi jaetut annokset. He olivat tyytyväisiä, että heidän ei tarvinnut enää osallistua enempää. Monella toiminta- ja näkökyky olivat heikentyneet niin paljon, ettei lääkehoidon toteutus enää olisi onnistunutkaan. Vain osa näissä ryhmissä kertoi, että voivat tarkastaa lääkkeiden jaon, koska tietävät lääkkeidensä lukumäärän ja tuntevat lääkkeet ulkonäöltä. He kertoivat usein tekevänsäkin tarkastuksen. Osa ei kuitenkin enää voinut tarkastaa lääkkeenjakoja, koska eivät mielestään tienneet lääkkeistä mitään tai toimintakyky oli heikentynyt liikaa.

Useimmat itse – ryhmästä ja kotihoito -ryhmästä ilmoittivat tietävänsä suurin piirtein, miten lääkkeiden pitäisi vaikuttaa. Osalla ei kuitenkaan ollut siitä mitään tietoa. Useimmat näissä ryhmissä eivät tienneet, mitä tapahtuu, jos unohtaa ottaa lääkkeensä. Osalla oli kuitenkin hyvin tiedossa, että pakkausselosteessa on kerrottu, mitä pitää tehdä, jos lääke on jäänyt ottamatta. Omaiset – ryhmän tietämys lääkkeistä oli vähäistä.

Ainoa asia, minkä kotihoito- ja omaiset – ryhmä mainitsivat vaikeuttavan lääkehoitoa, olivat isot tabletit ja niiden nieleminen. Tämänkin asian mainitsi vain kaksi osallistujaa. Itse – ryhmän mielestä lääkehoidon toteuttamisessa ei ollut mitään ongelmaa. Yksikään ryhmä ei kaivannut mitään uusia apuvälineitä lääkkeiden jakamiseen tai ottamiseen. Suurimmalla osalla oli dosetti käytössä. Vain yksi itse – ryhmästä käytti tablettien puolittajaa. Kaikki käyttivät potilastietojärjestelmän lääkelistaa apuna lääkehoidon toteutuksessa. Moni kertoi ottavansa listan aina mukaan lääkärissäkäynnille. Potilastietojärjestelmän lääkelista oli hyvin selkeä tutkijan mielestä. Lääkevalmisteiden nimet, käyttötarkoitus, annostelumäärät ja – ajankohdat olivat helposti luettavissa. Haastatellut eivät myöskään kaivanneet ulkopuolista lääkkeenoton muistuttajaa. Useimmat kaikissa ryhmissä olivat kehittäneet jonkin keinon, jolla muistivat ottaa lääkkeensä. Tällaisia olivat dosetin jättäminen näkyvälle paikalle, lääkkeiden liittäminen päivittäisiin rutiineihin ja lääkkeiden ottaminen yhdessä puolison kanssa. Dosetti oli itse – ryhmän ja kotihoito – ryhmän mielestä hyvä apuväline, sillä siitä pystyi muun muassa tarkastamaan onko muistanut ottaa lääkkeensä.

Kun kysyttiin, mitä olet valmis tekemään lääkehoidon onnistumiseksi, kaikissa ryhmissä asiakkaiden vastaus oli: olemaan huolellinen lääkkeiden

kanssa ja käyttämään lääkkeitä niin kuin ne on määrätty. Asiakkailta kysyttiin ovatko he huolissaan pitkäaikaisen lääkehoidon vaikutuksista tai siitä, että tulisivat riippuvaisiksi joistakin lääkkeistä. Kukaan haastatelluista asiakkaista ei ollut huolissaan kummastakaan asiasta. Kaikkien ryhmien asiakkaat tuntuivat siten olevan sitoutuneita hyvin pitkäaikaiseen lääkehoitoon. Myös lääkehoidon toteutuksesta vastaavat omaiset pitivät tärkeänä, että lääkkeitä käytetään määräysten mukaan. Itse – ryhmä ja omaiset – ryhmä olivat sitä mieltä, että ilman lääkkeitä he eivät tule toimeen.

Taulukko 13. Lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotihoidon asiakasryhmien voimavarat lääkehoidon toteutuksessa KAIKKI=kaikki ryhmät, ITSE=itse lääkehoidon toteutuksesta vastaava ryhmä, KOTIHOITO=ryhmä, jossa lääkehoidon toteutuksesta vastaa kotihoito, OMAISET=ryhmä, jossa omainen vastaa lääkehoidon toteutuksesta.

Yläluokka	Alaluokka	Pelkistys	Ryhmät	Esimerkki alkuperäisistä ilmauksista
Asiakas lääkehoidon toteuttajana	omat voimavarat lääkehoidon toteutuksessa	hoitaa itse lääkehoidon toteutuksen ja se onnistuu hyvin	ITSE	<i>kyllä mä luulen että se on onnistunut ja onnistuu, kyllä mä niitten lääkkeitten kanssa pärjään hyvin (haastattelu, itse5)</i>
		haluaa toteuttaa lääkehoidon niin kauan kuin se on mahdollista	ITSE	<i>kyllä niin kauan kun mulla pää pelaa mä hoidan itte asiani lääkkeeni ja muut vastaavat en mä tarte siihen kenenkään muitten apua (haastattelu, itse4)</i>
		ei halua eikä omasta mielestään pysty enää toteuttamaan lääkehoitoa muuta kuin ottamaan valmiiksi jaetut lääkkeet	KOTIHOITO, OMAISET	<i>en mää (halua toteuttaa lääkehoitoa) kun mä en pystynyt silloin alun perinkin mä sanoin että mä en jaksu keskittyä siihen (haastattelu, kotihoito1)</i>
		tietää suurin piirtein miten lääkkeet vaikuttavat	ITSE, KOTIHOITO	<i>Asasantin auttaa niin kuin veritulpan takia annettu ja sitten nämä Cardace ja Metohexal ne ottaa verenpaineen niin mä luulen ja Hydrex auttaa tätä että vettä tulee pois (haastattelu, itse5)</i>
		lääketietämys on vähäistä	OMAISET	<i>ei en tiedä niistä (lääkkeistä) yhtään mitään muuta kun popsinkin tonne poskeen vaan (haastattelu, omaiset3)</i>
		ei tiedä tarkkaan mitä tapahtuu jos lääkkeen ottaminen unohtuu	KOTIHOITO, OMAISET	<i>sitä en sitten tiedä mitä tapahtuu (jos unohtaa ottaa lääkkeitä) (haastattelu, kotihoito3)</i>

		voi ainakin osittain tarkastaa lääkejaon	KAIKKI	<i>kun niitä on 8 ja ½ aamulla niin mä pistän ne tohon ja lasken että siinä on kaikki ne ja jos puuttuu niin sitten, mutta ei ole puuttunu. (haastattelu, omaiset3)</i>
		ei voi tarkastaa lääkejakoa, koska ei tunnista enää tabletteja ulkonäöltä	KOTIHOITO, OMAISET	<i>niin mutta ne on kaikki eri näkösiä. Mulle on vaan kerrottu mihin se on, mutta mä en todella tunne niitä (haastattelu, omaiset6)</i>
	apuvälineet ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät strategiat	dosetti, lääkkeiden laittamien näkyvälle paikalle ja lääkkeiden liittäminen päivittäisiin rutiineihin tai lääkkeiden ottaminen puolison kanssa yhtä aikaa auttavat muistamaan lääkkeiden ottamisen	KAIKKI	<i>muistaa ottaa, kun ne ottaa aina aamuisin silloin, kun syö niin tai puuron kun syö mä nostan sen kasetin illalla tähän ja otan sieltä aamuset tabletit siihen päälle tohon pistän sen kalkin ja Somac on tuolla yksinäs ja loput kolme ne on tässä yhdessä kohtaa (haastattelu, kotihoito2)</i>
		Dosetti on hyvä apuväline, siitä on helppo ottaa lääkkeet oikeaan aikaan ja siitä näkee onko muistanut ottaa lääkkeensä	ITSE, KOTIHOITO	<i>onnistuuhan se, kun lääkkeet on dosetissa, niin mä otan ne päivittäin silloin, kun siihen on merkitty (haastattelu, kotihoito5) Että toi (dosetti) on niin kuin siitä hyvä, että sen kun näkee, että tyhjäksi on, niin ottanut on (haastattelu, kotihoito2)</i>
		ei tarvitse mitään uusia apuvälineitä lääkehoitoonsa	KAIKKI	<i>ei tuu mitään mieleen (mikä apuväline voisi auttaa lääkehoidon toteuttamisessa) (haastattelu, omaiset6)</i>
	lääkehoidon toteuttamisen onnistuminen	silmätippojen tiputtaminen ja isojen tablettien nieleminen voivat vaikeuttaa lääkehoidon toetutusta	KOTIHOITO, OMAISET	<i>kun en mä saa tohon oikeaan silmään oikein menemään sinne luomipussiin kun se tahtoo mennä posken päälle (haastattelu, kotihoito4)</i>
		lääkehoidon toteuttamisessa ei ole mitään ongelmia	ITSE	<i>ei ei mulla ole mitään vaikeuksia minnekään päin (haastattelu, itse3)</i>
		lääkehoidon onnistuminen on itsestä kiinni	KAIKKI	<i>no kai se siitä kaikki kiinni on omast ittestäs, ei sitä kukaan muu voi hallita sitä onnistumista (haastattelu, itse4)</i>
	sitoutuminen lääkehoitoon	on valmis käyttämään lääkkeitä määräysten mukaan	KAIKKI	<i>kun ne on kerran sitä varten määrätty, ni ne otetaan just eikä melkein (haastattelu, kotihoito1)</i>

		pitkäaikaishoidon vaikutukset ja riippuvuus lääkkeitä eivät pelota	KAIKKI	<i>ei kyl mä olen ajatellut niin, että kun ne on johonkin määrätty, niin sit ne otetaan vaan en mää oo ajatellu sitä (pitkäaikaaisvaikutuksia) ollenkaan (haastattelu, kotihoito1)</i>
		ilman lääkkeitä ei tule toimeen	ITSE, OMAISET	<i>ei kyllä mä syön ne mitä mun kuuluu ottaa koska mä en tule ilman kortisonia toimeen niin se on niin kuin pakko peli sama niin kuin toi Sereventtikin (haastattelu, itse4)</i>

5.3.6 LÄÄKEHOIDON TOTEUTUKSESTA VASTAAVIEN OMAISTEN KOKEMUKSET JA TOIVEET LÄÄKEHOITOON LIITTYVISTÄ PALVELUISTA

Asiakkaan lääkehoidon toteutuksesta vastaavat omaiset (N=6) olivat tyytyväisiä palveluihin ja he olivat omasta mielestään selvillä lääkehoitoon liittyvästä prosessista. Ainoastaan psyykkisistä ongelmista kärsivälle läheiselle avun saaminen koettiin ongelmaksi. Omaisten mielestä oikea paikka iäkkään asiakkaan psyykkisten ongelmien hoidon arvioimiseen ja siitä päättämiseen olisi geropsykiatrinen hoitopaikka. Sinne hoitoon pääseminen oli kuitenkin omaisten mielestä vaikeaa. Myös omaiset olivat tyytymättömiä lääkäreiden suureen vaihtuvuuteen terveysasemilla.

Omaiset eivät olleet saaneet mielestään tukea terveydenhuollon ammattilaisilta lääkehoidon toteuttamiseen, mutta eivät toisaalta sitä olleet osanneet kaivatakaan. Jotkut omaiset kokivat saavansa tarvittavan tuen apteekista. He eivät olleet saaneet myöskään palautetta lääkehoidon toteuttamisesta lääkäreiltä. Osa omaisista koki, että heidän täytyi pitää asiakkaan puolta sairaalassa ja lääkärin vastaanotolla, jotta asiakas sai tarvitsemansa lääkehoidon.

Läakelista ei omaisten mielestä ollut aina ajan tasalla. Yhden omaisten mielestä se, että sähköisten reseptien uusiminen ei aina onnistu oikein ja että lääkelistaa ei aina päivitetä riittävän nopeasti, aiheuttavat eroja lääkelistan ja käytössä olevien lääkkeiden välille.

Omaiset olivat hyvin tyytyväisiä apteekkien palveluun. Moni kertoi käyttävänsä aina samaa apteekkia, koska silloin henkilökunta tuntee heidän tarpeensa ja apteekissa osataan silloin parhaiten auttaa lääkeasioissa. Apteekki oli tärkeä lääkeinformaationlähde omaisille. He kokivat saavansa lääkkeisiin liittyvää informaatioita parhaiten apteekista ja heidän mielestään apteekissa tarkastetaan aina lääkkeiden yhteensopivuus.

Pakkausselosteista omaisten mielestä löytyi paljon tietoa lääkkeitä. Lääkkeenjaossa he käyttivät kotihoidon toimittamaa potilastietojärjestelmästä tulostettua lääkelistaa. Vain muutama omaisen haki tietoa lääkkeitä

internetistä. He luottivat lääkärin ammattitaitoon lääkkeiden määräämisessä eivätkä sen tähden tarvinneet omasta mielestään lisää tietoa lääkkeistä.

Osa omaisista kaipasi lisää yhteistyötä kotihoidon kanssa. He toivoivat, että kotihoito informoisi heitä paremmin, jos omaisen tilassa tapahtuu muutoksia. He toivoivat myös, että kotihoito ottaisi enemmän vastuuta asiakkaan terveydentilasta. He tunsivat, että vastuu asiakkaan terveydentilan ja lääkehoidon vaikutusten seurannasta jäi liiaksi heille. Heidän mielestään olisi hyvä, että terveydenhuollon ammattilainen seuraisi enemmän asiakkaan vointia ja lääkkeiden vaikutuksia. Vastuunjako omaisen ja kotihoidon välillä oli siten omaisille hieman epäselvä.

6 POHDINTA

Tässä työssä tutkittiin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta ja asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemuksia siitä. Työ koostui kirjallisuushausta ja – katsauksesta sekä empiirisestä osasta. Tutkimuksella haluttiin kartoittaa iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteutusta sekä selvittää näiden asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemuksia ja mielipiteitä lääkehoidon toteutuksesta, sillä aikaisempaa tutkimustietoa kotihoidon palveluista asiakkaan näkökannalta on niukasti. Asiakkaiden näkökulma on tärkeä ottaa huomioon terveydenhuollon palveluja kehitettäessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018).

Tutkimuksessa havaittiin, että potilastietojärjestelmän lääkelista ei vastannut käytössä olevia lääkkeitä suurimmalla osalla tähän tutkimukseen osallistuneista iäkkäistä kotihoidon asiakkaista. Tulos vahvisti aikaisempaa Suomessa tehdyn tutkimuksen tulosta (Tiihonen ym. 2016), jossa lääkelistan ja käytössä olevien lääkkeiden vastaavuutta tutkittiin samanlaisella menetelmällä kuin tässä työssä. Terveydenhuollon ammattilaisille ajantasainen lääkitystieto on olennainen asia hoitopäätöksiä tehtäessä. Suomessa tarvitaan sekä kansallisia että paikallisia toimenpiteitä ajantasaisen lääkitystiedon turvaamiseksi.

Tämän tutkimuksen mukaan iäkkäät Turun kotihoidon asiakkaat olivat kuitenkin tyytyväisiä lääkehoitoon liittyviin palveluihin. Kotihoidosta sai heidän mielestään palveluja joustavasti ja asiakkaat luottivat lääkäreiden ammattitaitoon.

Aikaisemmissa tutkimuksissa ei kirjallisuushaun perusteella ole tutkittu lääkehoidon toteutuksen suhteen erilaisten iäkkäiden kotihoidon asiakasryhmien eroja. Tässä tutkimuksessa kotihoidon asiakkaiden kyvyssä toteuttaa lääkehoitoa oli suurta vaihtelua johtuen asiakkaiden suuresta fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn vaihtelusta, joka vaikuttaa heidän tarpeisiinsa. Kotihoidon asiakkaat voidaankin jakaa kolmeen osaan riippuen siitä kuka toteuttaa heidän lääkehoitonsa. Erot asiakasryhmien välillä on tärkeä huomioida kotihoidon palveluja kehitettäessä.

Kotihoidon palvelujen tarve tulee kasvamaan väestön ikääntyessä. Palveluja täytyy lisätä ja kehittää edelleen. Lääkitysturvallisuuden parantamiseen osana potilasturvallisuutta pyritään tällä hetkellä maailmanlaajuisesti (WHO 2017). Tässä työssä tuodaan esille kotihoidon palvelujen kehittämistarpeita asiakkaiden ja myös lääkitysturvallisuuden näkökulmasta. Työn tärkeimpiä löydöksiä pohditaan tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

6.1 IÄKKÄIDEN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN KÄYTÖSSÄ OLEVAT LÄÄKKEET JA LÄÄKELISTAN AJANTASAISUUS

6.1.1 MONILÄÄKITYS JA LÄÄKKEIDEN VAIKUTUSTEN SEURANTA

Monilääkitys on yleistä kotisairaanhoidon asiakkaiden parissa. Suuressa yhdysvaltalaisille iäkkäille kotisairaanhoidon asiakkaille tehdyssä tutkimuksessa 19 %:lla oli yhdeksän tai enemmän lääkkeitä vakituksessa käytössä (Meredith ym. 2001). Joidenkin tutkimusten mukaan 39 - 41 %:lla kotihoidon asiakkaista on viisi tai enemmän lääkkeitä säännöllisessä käytössä (Feldman ym. 2009; Johnell ja Fastbom 2012; Wilson ym. 2007). Tähän tutkimukseen osallistuneista iäkkäistä kotihoidon asiakkaista yli puolella oli käytössään kymmenen tai enemmän säännöllisesti tai tarvittaessa käytettävää lääkettä. Heidän käytössä olevien lääkkeiden määränsä oli suurempi kuin aikaisemmassa kolmen suomalaisen kunnan iäkkäille kotihoidon asiakkaille tehdyssä tutkimuksessa (Tiihonen ym. 2016). Tähän tutkimukseen osallistuneiden suuri lääkemäärä selittyi osittain sillä, että useimmilla oli monia sairausdiagnooseja (keskimäärin 4,6 henkilöä kohden), jotka saattavat lisätä lääkeshoidon tarvetta. Hallitsematon monilääkitys on myötävaikuttava tekijä iäkkäiden lääkeshoidosta johtuville haittatapahtumille ja se lisää riskiä sairaalaan joutumiselle (Flaherty ym. 2000). Oleellista on, että lääkitys on hallittua, eli käytössä on vain sellaisia lääkkeitä, joilla on kliininen indikaatio (Huupponen ja Hartikainen 2011). Alilääkitystäkään ei saa esiintyä, vaan iäkkäille pitää tarjota samoja näyttöön perustuvia hoitoja kuin nuoremmille (Pitkälä ym. 2006).

Tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamia haittavaikutuksia ei kotihoidossa tiedustella iäkkäiltä tai havainnoida kovin systemaattisesti. Tämä on iäkkäiden hyvinvoinnin kannalta tärkeä löydös, sillä iäkkäät ovat nuorempia aikuisia suuremmassa vaarassa saada lääkeshoidosta haittatapahtumia johtuen muuttuneesta farmakokinetiikasta ja –dynamiikasta (Routledge ym. 2004). Lääkeshoidon kokonaisarviointi säännöllisin väliajoin olisi näin ollen erityisen tärkeä riskienhallinnan väline kotihoidon iäkkäille, jotta lääkkeiden aiheuttamilta ongelmilta kuten kaatumisilta välttyttäisiin (Hartikainen ym. 2006). Iäkkäiden lääkehoito pitää tarkistaa ja arvioida vähintään kerran vuodessa lääkärin ja kotihoidon tiimin tekemän vuositarkastuksen yhteydessä (Jokinen ym. 2009; sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Vuositarkastuksessa voi hyödyntää myös farmaseuttista osaamista. Esimerkiksi Lahden kaupungin kotihoidossa farmaseutti tarkastaa ennalta sovittujen kriteereiden mukaan asiakkaiden lääkityksen ja käsittelee tekemänsä havainnot ja ehdotukset yhdessä lääkärin ja sairaanhoitajan kanssa (Jaakkola 2016).

Tähän tutkimukseen osallistuneiden kokemusten mukaan lääkkeiden vaikutuksia seurattiin lähinnä laboratoriokokeilla vuosikontrolleissa, mutta

muuten seuranta ei ollut kovin systemaattista. Potilasturvallisuuden on todettu voivan vaarantua, mikäli lääkehoidon seuranta jää puutteelliseksi (Panesar ym. 2016). Tämän vuoksi on tärkeää, että lääkehoitojen vaikutusten seurantaan ohjataan kotihoidossa riittävästi resursseja ja järjestetään lisää koulutusta. Tutkimuksessa ei tullut ilmi, minkälaiset ohjeet lääkkeiden vaikutusten seurannasta oli annettu asiakkaille ja omaisille. Tutkimuksessa ei myöskään selvitetty tarkemmin, miten asiakkaat tai omaiset seurasivat itse lääkkeiden vaikutuksia.

6.1.2 LÄÄKELISTOJEN EROT JA EROJA AIHEUTTAVAT TEKIJÄT

Potilastietojärjestelmässä oleva lääkelista ja todellisessa käytössä olevat lääkkeet eivät aina vastanneet toisiaan Turun kotihoidon asiakkailla. Kun eroiksi laskettiin joko lääkkeen puuttuminen jommalta kummalta listalta tai annostuksen eroavaisuus oli eroja kahdellatoista asiakkaalla tutkimukseen osallistuneesta seitsemästatoista (71 %). Osalla asiakkaista oli enemmän lääkkeitä käytössä ja osalla taas vähemmän kuin mitä potilastietojärjestelmään oli kirjattu. Puutteellisuudet iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkelistoissa ovat yleisiä (Lancaster ym. 2014; Mulhem ym. 2013). Itä- ja Keski-Suomessa tehdyssä tutkimuksessa, johon osallistui 276 iäkästä kotihoidon asiakasta, havaittiin, että suurimmalla osalla (83 %) oli eroavaisuuksia lääkelistoissa verrattuna käytössä oleviin lääkkeisiin (Tiihonen ym. 2016). Tässä työssä eroja oli eniten annostuksessa kun taas aikaisemmissa tutkimuksissa (Mulhem ym. 2013; Tiihonen ym. 2016) eniten eroja aiheutti se, että asiakkailla oli käytössä enemmän reseptilääkkeitä kuin, mitä oli kirjattu potilastietojärjestelmän lääkelistaan.

Ajantasaisen lääkelistan puute aiheuttaa riskin lääkityshaittatapahtumille (Tam ym. 2005). Seurauksena voivat olla kliinisesti tärkeän hoidon viivästyminen, sopimattomien lääkkeiden käytön jatkuminen tai lääkkeiden välisten interaktioiden muodostuminen. Korjaavien toimenpiteiden tekeminen voi myös vaikeutua, kun täsmällistä tietoa asiakkaan käyttämistä lääkkeistä ei ole saatavilla.

Ajantasaisen lääkityksen selvittäminen on usein hankalaa ja aikaa vievää eikä terveydenhuollon ammattilaisilla tai farmasisteilla ole useinkaan mahdollisuuksia tehdä tätä selvitystyötä perusteellisesti (Kallio ym. 2016). Asiakas ei myöskään aina muista tai halua kertoa hoitajalle, lääkärille tai farmasistille käyttämiään itsehoitolääkkeitä ja luontaistuotteita. Asiakas ei aina ole edes tietoinen siitä, että tämä tieto olisi tärkeä välittää hoitavalle taholle.

Turun hyvinvointitoimialan lääkeneuvottelukunnassa on etsitty keinoja ajantasaisen lääkelistan turvaamiseksi vuodesta 2016 lähtien. Yhtenä keinona Turussa on nähty ohjeen laatiminen lääkityksen ylläpitämisestä ja ohjeen kouluttaminen lääkäreille. Lisäksi on olennaista, että jokainen potilaan lääkityksen kirjaamiseen osallistuva taho ottaa vastuu lääkelistan ajantasaisuudesta. Käytännössä on havaittu, että usein lääkäri tarkastaa vain

omaan erikoisalaansa kuuluvan osan lääkityksestä, mutta ei varmista koko listan ajantasaisuutta. On huomattu puutteita myös siinä, että ajantasaista lääkitystä ei aina selvitetä asiakkaalta itseltään tai hänen omaiseltaan, vaan luotetaan toimintayksikön potilastietojärjestelmän lääkelistaan, joka voi olla vanhentunut. Tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa pitääkin kiinnittää huomiota tähän lääkitystiedon ajantasaisuuteen liittyvään ongelmaan (Hakoinen ym. 2017). Uudistuksen yhtenä tavoitteena oleva hoitopolkujen sujuvoittaminen saattaa parantaa lääkitystiedon siirtymistä.

Lääkelistojen eroja ja epätarkoituksenmukaista lääkehoitoa aiheuttavat tekijät johtuvat Ellenbecker ja kumppaneiden (2004) mukaan sekä asiakkaista että systeemistä. Asiakkaista johtuvia seikkoja ovat muun muassa taloudelliset tekijät sekä toimintakykyyn liittyvät puutteet kuten puutteelliset tiedot lääkkeistä tai alentunut kognitio. Asiakas voi myös tietoisesti käyttää lääkkeitä eri tavalla kuin mitä on määrätty. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että lääkkeen käyttämättä jättäminen tai lääkelistan ulkopuolisten lääkkeiden käyttäminen on yleistä iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden parissa (Lancaster ym. 2014; Mulhem ym. 2013; Tiisonen ym. 2016). Määrättyyn lääkehoitoon sitoutumiseen ja lääkkeiden oikeaan käyttöön pitääkin kiinnittää huomiota kotihoidossa.

Merkittävimmät systeemistä johtuvat lääkelistojen eroja aiheuttavat syyt ovat tiedonkulun ja kommunikoinnin puutteet (Ellenbecker ym. 2004). Lääkitystiedot siirtyvät usein puutteellisesti erikoissairaanhoidosta tai yksityislääkäriltä kotihoitoon, koska eri organisaatioiden potilastietojärjestelmät eivät ole yhteydessä toisiinsa. Tiedot eivät aina välity myöskään oikein reseptitietokeskukseen, josta apteekeissa haetaan lääkitystiedot lääkkeitä toimitettaessa. Potilastietojärjestelmiä tulee kehittää siten, että ne mahdollistavat lääkitystiedon siirtymisen eri hoitoyksiköiden välillä. Tiedon siirtymisen ongelmat yksityisistä terveydenhuollon yksiköistä julkiseen terveydenhuoltoon pitää myös ratkaista.

Ellenbeckerin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2004) havaittiin lisäksi, että terveydenhuollon ammattilaisten välistä tiedonkulkua pitäisi kehittää, jotta asiakkaille annettu ohjeistus lääkitysmuutoksista saavuttaa myös kotihoidon hoitajat. Kommunikointi terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden välillä ei myöskään toimi riittävän hyvin, koska tieto asiakkaan lääkkeiden todellisesta käytöstä ei tämän ja aikaisempien tutkimusten (Lancaster ym. 2014; Mulhem ym. 2013) löydösten mukaan saavuta terveydenhuollon organisaatiota.

Tässä tutkimuksessa eroja potilastietojärjestelmän ja käytössä olevien lääkkeiden välillä oli eniten niillä asiakkailla, joilla omaiset toteuttivat lääkehoidon. Tämä tulos eroaa Tiisonen ja kumppaneiden tutkimuksesta (2016), jossa eniten eroja havaittiin niillä tutkimukseen osallistujilla, jotka huolehtivat itse lääkehoidon toteutuksesta ja joiden toimintakyky oli parempi kuin muilla osallistujilla. Yksi syy eroihin saattoi olla se, että omainen joutuu usein toteuttamaan vaativaa lääkehoitoa (Ellenbecker ym. 2004; Gusdal ym. 2011; Lagerin ym. 2014), vaikka hän ei ole terveydenhuollon ammattilainen

eikä siten saanut koulutusta lääkkeistä. Sama koskee myös asiakasta, joka toteuttaa itse lääkehoitoaan. Sen tähden on tärkeää, että omaisille ja asiakkaille järjestetään riittävä perehdytys lääkehoitoon ennen kuin he alkavat toteuttaa sitä. Omaisten ja asiakkaiden kyky toteuttaa lääkehoitoa pitää myös arvioida. On huomioitava, että tähän työhön osallistuneilla asiakkailla omaiset – ryhmässä oli käytössä lähes yhtä paljon lääkkeitä kuin kotihoito – ryhmässä. Lisäksi omaiset – ryhmässä oli eniten kotihoidon palveluja tarvitsevia asiakkaita, joten voidaan arvioida, että omaiset toteuttivat yhtä vaativaa lääkehoitoa kuin kotihoito ja kuitenkin he olivat enimmäkseen lääkehoitoon kouluttamattomia henkilöitä.

Kotihoito – ryhmässä eroja potilastietojärjestelmän lääkelistan ja käytössä olevien reseptilääkkeiden välillä oli vähiten verrattuna muihin ryhmiin. Näin kuuluukin olla. Tavoitteena pitää kuitenkin olla, että eroja ei ole lainkaan kotihoidon toteuttaessa lääkehoitoa. Erot ryhmien välillä olivat kuitenkin pieniä ja osallistujajoukko oli pieni, joten tämän tutkimuksen perusteella ei ole mahdollista tehdä johtopäätöksiä ryhmien välisistä todellisista eroista. On siitä huolimatta tärkeää, että terveydenhuollon ammattihenkilöt osallistuvat lääkehoitoon kotihoidossa joko niin, että he vastaavat toteutuksesta tai niin, että he ohjaavat ja valvovat lääkehoidon toteutusta. Lääkelistan ajantasaisuuden turvaaminen tulisi lisäksi kotihoidossa taata riippumatta siitä, kuka lääkehoidon toteuttaa. Hoitajilla on hyvä tilaisuus selvittää kaikki käytössä olevat resepti- ja itsehoitolääkkeet sekä luontaistuotteet tekemillään kotikäynneillä ja tuoda tekemänsä havainnot hoitavan lääkärin tietoon.

Ajantasainen lääkelista ei vielä takaa sitä, että lääkitys on tarkoituksenmukainen, tehokas ja turvallinen. Lääkehoidon tarkoituksenmukaisuus pitää myös arvioida säännöllisin väliajoin (Hartikainen ym. 2006).

6.2 KOKEMUKSET LÄÄKEHOITOON LIITTYVISTÄ PALVELUISTA

6.2.1 TYYTYVÄISYYS LÄÄKEHOITOON LIITTYVIIN PALVELUIHIN

Kaikki tutkimukseen haastatellut asiakkaat olivat tyytyväisiä saamiinsa lääkehoitopalveluihin ja he saivat omasta mielestään riittävästi kotihoidon palveluja sen hetkiseen toimintakykyynsä nähden. Kotihoito -ryhmä oli kaikkein tyytyväisin kotihoidon palveluihin. Tämä saattoi osaltaan johtua siitä, että ryhmän asiakkaat olivat hyvin riippuvaisia hoitajien antamasta avusta. He eivät omasta mielestään tulleet enää toimeen ilman kotihoidon palveluja.

Tutkimuksessa on kuitenkin huomattu, että iäkkäät kotihoidon asiakkaat eivät välttämättä ole luotettavia arvioimaan kotihoidon palvelujen laatua johtuen tästä riippuvuussuhteesta ja siitä että asiakkaan ja hoitajan välille syntyy usein ystävyysuhde (Owens ja Batchelor 1996). Riippuvuus muista aiheuttaa rajoitteita joka päiväiseen elämään ja vähentää mahdollisuutta

päättää omista asioista (Ellefsen 2002). On myös havaittu, että iäkkäät kotihoidon asiakkaat ovat toisaalta huolissaan autonomian menettämisestä lääkehoitoa koskevissa päätöksissä (Haverhals ym. 2011).

6.2.2 LÄÄKEHOITOPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Tutkimuksessa havaittiin, että kotihoidon lääkehoitoon liittyvissä palveluissa oli iäkkäiden mielestä yleisestä tyytyväisyydestä huolimatta kuitenkin parannettavaa. Kaikissa ryhmissä oltiin sitä mieltä, että lääkärit terveysasemilla ja hoitajat kotihoidossa vaihtuvat liian usein. Iäkkäät eivät olleet tyytyväisiä siihen, että usein hoito saatetaan aloittaa lääkärin vaihtuessa alusta ja hoitoon ei tule heidän mielestään silloin jatkuvuutta. Jos perustelut lääkitykseen tehdyistä muutoksista ovat jääneet kirjaamatta potilastietojärjestelmään, saattaa lääkitys palautua ennalleen uuden lääkärin hoidossa. Itse -ryhmä ja omaiset -ryhmän omaiset olivat sitä mieltä, että lääkärille on myös vaikea saada aikaa. Suomessa on tällä hetkellä voimassa hoitotakuu, jonka mukaan terveysasemalle on päästävä hoitoon viimeistään kolmessa kuukaudessa (Terveystieteiden tutkimuslaki 2010/1326). Usein tämä aika on liian pitkä ja hoitoon pitäisikin päästä nopeammin, jotta oireet eivät pahennu iäkkäällä asiakkaalla.

Yhteiskunnan tulisi myös huolehtia siitä, että iäkkäillä on apteekkipalveluja riittävän lähellä, jotta heillä olisi mahdollisuus käyttää niitä itse eivätkä he olisi tässä suhteessa riippuvaisia toisten avusta, koska iäkkäiden liikkuminen on usein vaikeaa heikentyneen fyysisen toimintakyvyn tai autottomuuden vuoksi (Portegijs ym. 2017). Samoin tulisi varmistua apteekkien esteettömyydestä myös silloin, kun fyysisessä toimintakyvyssä on puutteita.

Kaikki haastateltavat käyttivät ryhmästä riippumatta lääkkeiden jaossa kotihoidon potilastietojärjestelmän lääkelistaa. Moni osallistuja kertoi ottavansa lääkelistan aina mukaan lääkärikäynnille. Turun kotihoidossa oli siten onnistuttu saamaan lääkelista jokapäiväiseen käyttöön lääkehoidon toteutuksessa. Lista oli tutkijan mielestä rakennettu hyvin selkeäksi ja helppolukuiseksi. Lääkkeiden käyttötarkoitus, annostukset ja annostusajankohdat oli helppo nähdä listalta. Selkeä lääkelista onkin yksi lääkehoidon turvallisuutta lisäävä tekijä (Ellenbecker ym. 2004). Se ei kuitenkaan vielä riitä takaamaan sitä, että listalla ei olisi puutteita tai suoranaisia virheitä, kuten tässä tutkimuksessa aiemmin on todettu (kts. 6.1.2)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että iäkkäiden lääkehoidossa on epätarkoituksenmukaisen monilääkityksen lisäksi muitakin turvallisuutta vähentäviä tekijöitä kuten usean terveydenhuollon palveluja tuottavan toimijan käyttäminen ja monia annosteluaikoja sisältävät lääkkeiden annosteluohjeet (Feldman ym. 2009; Lagerin ym. 2014). Iäkkäiden lääkehoidon turvallisuutta voidaan parantaa muun muassa lääkitystä yksinkertaistamalla, lääkehoidon kokonaisarvioinneilla sekä ohjauksella ja neuvonnalla (Dorman Marek ym. 2013; Ellenbecker ym. 2004; Feldman ym. 2009; Griffiths ym. 2004; Lagerin ym. 2014; Swanlund 2010).

Myös lääkehoidon toteutukseen kehitetyllä teknologialla kuten lääkkeiden annostelulaitteilla tai muistuttajilla voidaan iäkkäiden lääkehoidon toteutusta helpottaa ja parantaa (Ellenbecker ym. 2004; Feldman ym. 2009). Laitteiden käyttöä ja niiden soveltuvuutta kotihoitoon ei kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan ole tutkittu Suomessa, vaikka teknologian käyttö on lisääntymässä kuntien pyrkiessä säästämään työvoimakustannuksissa. Turussakin on tavoitteena siirtää noin 70 prosenttia kotihoidon asiakkaista lääkkeiden koneellisen annosjakeluun vuoden 2019 aikana. Teknologian ja robotiikan käyttömahdollisuuksiin liittyvää tutkimusta kotihoidossa tarvittaisiin, jotta laitteiden käyttö osattaisiin suunnata oikein. Dosetti on iäkkäillä yleisin käytössä oleva työkalu lääkehoidon toteutuksessa tämän ja aikaisempien tutkimusten (Dorman Marek ym. 2013; Feldman ym. 2009) mukaan. Kotihoidon asiakkaat tietävät yleensä huonosti lääkehoitoon tarkoitetuista muista apuvälineistä ja laitteista (Lakey ym. 2009). Tähän tutkimukseen osallistuneet iäkkäät olivat hyvin tyytyväisiä dosettiin, mutta tulevaisuudessa iäkkäät pystyvät todennäköisesti omaksumaan myös kehittyneempiä teknologioita kuten robotteja lääkehoidon toteutukseen.

Kotihoidon hoitajille on kehitetty arviointimittareita, joilla he voivat havaita riskejä aiheuttavia tekijöitä iäkkäiden lääkehoidossa (Dimitrow ym. 2014; Gusdal ym. 2011). Tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että näitä arviointimittareita ei ole riittävästi tutkittu arjessa.

Apteekkien tehtävää iäkkäiden asiakkaiden ja heidän omaistensa lääkehoidon turvallisen toteuttamisen varmistajana voisi vahvistaa ja tarkentaa. Muun muassa sairaalasta kotiutuvien potilaiden tietojen lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamista haittavaikutuksista ja lääkkeiden käyttämättä jättämisen pitkäaikaisista vaikutuksista on havaittu olevan puutteellisia (Mäkinen ym. 2017).

Kotihoidossa tarvittaisiin osastofarmaseutteja, jotka osallistuisivat asiakkaiden lääkehoidon toteutuksen tukemiseen ja kehittämiseen yhdessä hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Kirkkonummella on tästä hyvä esimerkki. Siellä osastofarmaseutti tekee kaikille annosjakeluun siirtyville asiakkaille lääkityksen turvatarkastuksen, jolloin hän tarkistaa annostukset, annosajankohdat, interaktiot ja päällekkäisyydet ja muille aina vuosikontrollien yhteydessä (Kosola 2018). Lääkelistaan ja lääkitykseen liittyvien ongelmien selvittely, lääkelistojen päivitys ja lääkehoitoprosessin kehittäminen moniammatillisesti kuuluvat myös osastofarmaseutin toimenkuvaan. Lääkeannostelijoiden pääkäyttäjänä hän seuraa etäjärjestelmällä asiakkaiden lääkehoidon toteutusta.

6.2.3 LÄÄKEINFORMAATION SAANTI

Lääkeinformaatiota haastatteluun osallistuneet eivät kaivanneet lisää missään ryhmässä. Tutkimukseen osallistuneiden koulutustaso oli alhainen ja se saattoi vaikuttaa siihen kuinka paljon kotihoidon asiakkaat halusivat lääkkeistä tietoa. Suurin osa oli suorittanut vain kansakoulun. Iäkkäillekin

kuten Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen vuonna 2014 tehdyn verkkokyselyn mukaan suurimmalle osalle lääkkeiden käyttäjistä, on tärkeintä saada tietoa vain perusasioista kuten lääkkeiden annostuksesta, vaikutuksesta, hyödyistä ja lääkehoidon kestosta (Hämeen-Anttila 2014). Se kuinka paljon potilaat haluavat informaatiota lääkkeistään on eniten riippuvainen Duggan ja Batesin (2008) mukaan henkilön iästä ja sairaudesta. Muun muassa sydän ja verisuonisairauksien hoidoissa käytettävistä lääkkeistä informaatiota ei kaivata kovin paljon. Informaation tarve vähenee myös iän myötä. Terveystieteiden ammattilaisten pitäisikin antaa informaatiota lääkkeistä asiakkaiden tarpeet ja yksilölliset ominaisuudet huomioon. Lääkeinformaationannossa on myös otettava huomioon, että iäkkäillä esiintyy paljon muisti- tai muita vakavia terveyteen liittyviä ongelmia (Linjakumpu ym. 2002), jotka heikentävät keskittymiskykyä ja uuden tiedon oppimista.

Tietämys omista lääkkeistä lisää lääkehoidon toteutuksen turvallisuutta (Swanlund 2010). Erityisen tärkeää on varmistaa, että itse lääkehoidon toteutuksesta vastaavilla iäkkäillä on sellaiset tiedot lääkkeistä, jotka vaaditaan turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen. Tässä työssä haastatellut asiakkaat olivat saaneet kertomansa mukaan hyvin vaihtelevasti informaatioita lääkkeistä hoitajilta ja lääkäreiltä. Informaation antamiseen liittyvät käytännöt kotihoidossa olisikin syytä yhtenäistää. Iäkkäillä pitäisi olla tarjolla myös muita lähteitä, mistä he löytävät helposti lääkkeisiin liittyvän tiedon (Haverhals ym. 2011).

Tässä työssä havaittiin, että lääkkeiden pakkausselosteet ja apteekki olivat tärkeimmät lääkeinformaatiolähteet itse lääkehoidon toteutuksesta vastaaville asiakkaille ja omaisille. Tämä löydös vastaa koko väestölle tehdyn kyselytutkimuksen tulosta (Hämeen-Anttila 2014). Lääkelistalta tai pakkauksen ohjelipusta asiakkaat kertoivat saavansa tiedon lääkkeiden annostuksesta. Aikaisempaa tutkimusta iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkeinformaatiolähteiden käytöstä ei löytynyt tämän työn kirjallisuushaussa. Tähän työhön osallistuneista iäkkäistä kotihoidon asiakkaista ja heidän omaisistaan vain pieni osa käytti tietokonetta ja etsi sen avulla tietoa lääkkeistä. Tulevaisuudessa tietokoneen käyttö ja tiedon hakeminen tulevat todennäköisesti lisääntymään iäkkäiden parissa, kun nuoremmat tiedon hakuun tottuneet ikäpolvet ikääntyvät. Lääkeinformaation tuottamista ja saantia täytyy silloin kehittää heidän tarpeidensa mukaisiksi.

Australiassa ja Ruotsissa kotihoidon hoitajien toteuttamilla interventioilla, jotka sisälsivät lääkkeistä annettavaa informaatioita ja opastusta niiden käytöstä, saatiin lisättyä iäkkäiden asiakkaiden lääketietämystä ja siten myös parannettua heidän kykyään toteuttaa lääkehoitoa (Griffiths ym. 2004; Lagerin ym. 2014). Suomessa voitaisiin ottaa käyttöön saman tyyppisiä interventioita, joilla varmistettaisiin asiakkaiden riittävät tiedot lääkkeistään. Farmasian ammattilaiset sopisivat hyvin tähän työhön koulutustaustansa vuoksi ja heitä kannattaisikin hyödyntää enemmän lääkeinformaation antamisessa.

6.3 IÄKKÄIDEN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN VOIMAVARAT LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISESSA

Iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään ovat vanhuspalvelulain ja myös Turun kotihoidon tavoitteet (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980; Turun kotihoito 2018). Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kotona asumista edesauttaa se, että kotihoidon palvelut järjestetään yksilöllisesti asiakkaiden toiveita kuunnellen (Turjamaa ym. 2014). On tärkeää myös toimintakyvyn kannalta, että iäkkäät kotihoidon asiakkaat otetaan mukaan lääkehoidon toteutukseen siinä laajuudessa, mikä kullekin on mahdollista.

6.3.1 KYKY TOTEUTTAA LÄÄKEHOITOA

Läkehoidon toteuttamiskyvyllä tarkoitetaan kognitiivista ja fyysistä kykyä toteuttaa määrättyä lääkehoitoa (Maddigan ym. 2003). Iäkkäillä kotihoidon asiakkailla on monesti puutteita näissä lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavissa taidoissa (Beckman ym. 2005; Griffiths ym. 2004; Gusdal ym. 2011; Kuzuya ym. 2008; Lagerin ym. 2014; Sino ym. 2014). Fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn lasku asettavat monen kohdalla rajoituksia toteuttamiselle (Beckman ym. 2005; Ellenbecker ym. 2004). Käsien tärinä ja artroosi vaikeuttavat silmätippojen tiputtamista ja näkökyvyn heikentyminen hankaloittaa ohjeiden lukua. Yhden tutkimukseen kuuluvan asiakkaan kotona tehtävän haastattelun yhteydessä tuli ilmi, että lääkitykseen liittyvien ohjeiden antamista puhelimitse iäkkäille kotihoidon asiakkaille tulee välttää, koska iäkkäällä voi olla vaikeuksia muistaa suullisesti annettuja ohjeita tai kirjoittaa niitä muistiin.

Tässä tutkimuksessa itse lääkehoidon toteutuksesta vastaava ryhmä oli muita ryhmiä aktiivisempi. Ryhmä asioi omatoimisesti apteekissa ja terveystasemalla ja oli hyvin selvillä käyttämiensä lääkkeiden nimistä, annostuksesta ja käyttötarkoituksesta. Ryhmän asiakkaat olivat halukkaita toteuttamaan lääkehoitoaan jatkossakin. Omaiset ja kotihoito – ryhmän asiakkaat osallistuivat hyvin vähän oman lääkehoitonsa toteutukseen. Omasta mielestään he eivät enää olisi pystyneet toteuttamaan lääkehoitoa ja toisaalta he eivät myöskään halunneet osallistua lääkehoitoon muuten kuin ottamalla valmiiksi jaetut lääkkeet. Kuitenkin monet kotihoito – ja omaiset – ryhmissä kertoivat tarkastavansa lääkkeiden jaon, vaikka eivät muuten osallistuneet lääkehoidon toteutukseen. Usein on kuitenkin niin, että he eivät kykene arvioimaan jaettiinko lääkkeet oikein. Kotihoidossa pitäisikin ottaa käyttöön kaksoistarkastus lääkkeiden jaossa, jotta poikkeamilta välttyttäisiin.

Omaiset – ryhmässä asiakkaiden tietämys lääkkeistä oli vähäisintä. Tämä saattaa kertoa siitä, että tässä ryhmässä asiakkaat luottivat läheistensä

lääkehoidon toteuttamiskykyyn ja olivat ikään kuin luovuttaneet päätäntävällän lääkehoitoa koskevilla asioilla omaiselle.

Jotta iäkäs kotihoidon asiakas pystyy asumaan turvallisesti ja mahdollisimman itsenäisesti kotona, täytyy myös lääkehoidon toteutuksen toimia hyvin (Schulz ym. 2011). Itse lääkehoidon toteutuksesta vastaavien kyky toteuttaa lääkehoitoa pitää varmistaa säännöllisin välein. Erityishuomio pitää kiinnittää lääkkeisiin, joihin liittyy suuri haittavaikutusten riski. Esimerkiksi varfariini on yleisesti käytetty lääke, jonka annostelu on vaativaa ja joka voi väärin käytettynä aiheuttaa vakavia haittoja. Asiakkaiden kyky toteuttaa lääkehoitoa voidaan testata käytännössä (Lakey ym. 2009) tai siitä voidaan saada käsitys yksinkertaisilla kognitiivista toimintakykyä mittaavalla testillä kuten kellonpiirtotestillä (Farris ym. 2003). Turun kotihoidossa lääkehoidon toteuttamiskyvyn arvioimiseen käytetään RAI-järjestelmän kotihoitoon tarkoitettua osiota, joilla kartoitetaan asiakkaan hoidon ja palvelun tarvetta (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017b). Yhtenä osana siinä on lääkityksestä suoriutumisen ja lääkehoitoon sitoutumisen arvioiminen.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että monella iäkkäällä on ongelmia lääkehoidon toteuttamisessa kuten lääkepakkausten avaamisessa (Blenkiron 1996; Griffiths ym. 2004; Sino ym. 2014). Tässä työssä iäkkäät kotihoidon asiakkaat eivät raportoineet tämän kaltaisesta ongelmasta. Muutenkaan heidän mielestään lääkehoidon toteuttamisessa ei ollut suoranaisia ongelmia. Ainoastaan suurten tablettien nieleminen oli joskus vaikeaa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan useimmilla iäkkäillä kotihoidon asiakkaila on jokin strategia, jolla he muistavat ottaa lääkkeensä (Blenkiron 1996; Branin 2001; Swanlund 2010). Tässä työssä löydös oli samanlainen. Myös käytetyt strategiat olivat samanlaisia kuin aikaisemmissa töissä. Kukaan tutkimukseen osallistuneista ei kaivannut ulkoista muistuttajaa muistuttamaan lääkkeiden ottamisesta. Turun kotihoidossa on kuitenkin tarkoitus ottaa käyttöön osalle asiakkaista lääkkeiden annostelija, jossa on mukana lääkkeidenottamisesta muistuttava toiminto. Laitteen käyttöönotto kannattaa suunnata ensisijaisesti niille, joilla on ongelmia muistamisessa.

6.3.2 LÄÄKEHOITOON SITOUTUMINEN

Tutkimusten mukaan lääkehoitoon sitoutumista heikentävät huolet lääkkeiden aiheuttamista pitkäaikaisvaikutuksista tai riippuvuudesta (WHO 2003). Kukaan haastatelluista asiakkaista ei ollut huolissaan kummastakaan asiasta, joten siinä suhteessa sitoutuminen lääkehoitoon oli tutkimukseen osallistuneilla suurempi kuin kehittyneiden maiden väestöllä keskimäärin (WHO 2003). He kokivat olevansa niin vanhoja, että heidän ei kannata enää huolehtia haittavaikutuksista ja toisaalta lääkkeet olivat heille erittäin tärkeitä lukuisten sairauksien vuoksi. Iäkkäiden hyvä sitoutuminen lääkehoitoon näyttäisikin johtuvan toimintakykyä monin tavoin heikentävistä sairauksista, jolloin lääkehoito koetaan erittäin tarpeelliseksi. Oireiden vakavuus onkin

todettu yhdeksi lääkehoitoon sitoutumista edistäväksi tekijäksi (WHO 2003). Kotihoidon hoitajat ja omaiset tarkastivat usein oliko asiakas ottanut lääkkeensä, mikä sekin osaltaan edesauttoi lääkehoitoon sitoutumista.

Sitoutumista lääkehoitoon parantavat myös palaute sekä emotionaalinen ja käytännöllinen tuki (WHO 2003; DiMatteo 2004). Useimmilla haastatelluilla oli tukenaan läheisiä, mutta he eivät olleet saaneet palautetta eivätkä mielestään kovin paljon tukea lääkehoitoonsa terveydenhuollon ammattilaisilta. Lääkehoitoon sitoutumisen kannalta terveydenhuollon ammattilaisten antamalla tuella ei tutkimukseen osallistuneiden joukossa näyttänyt olevan suurta merkitystä. Kuitenkin aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että iäkkäiden sitoutuminen määrättyyn lääkehoitoon saattaa vaihdella välillä 26 – 59 % (van Eijken ym. 2003). Tämän vuoksi asiakkaiden sitoutuminen on hyvä varmistaa säännöllisesti ja tarpeen mukaan motivoida asiakasta kertomalla lääkehoidon tarpeellisuudesta ja ottamalla asiakas mukaan kumppanina lääkehoidosta sovittaessa (International Pharmaceutical Federation 2012).

6.4 OMAISTEN KOKEMUKSET JA ROOLI LÄÄKEHOIDON TOTEUTUKSESSA

Tässä tutkimuksessa lääkehoidon toteutuksesta vastaavat omaiset olivat asiakkaiden tavoin suurimmaksi osaksi tyytyväisiä kaupungin tarjoamiin lääkehoitoon liittyviin palveluihin. Niin omaisten kuin asiakkaiden mielestä ainoa ongelma oli lääkäreiden suuri vaihtuvuus. Larsson ja kumppanit (2004) ovatkin havainneet, että omaisten ja asiakkaiden mielipiteet kotihoitopalveluiden laadusta ovat samansuuntaiset, jos he ovat usein tekemisissä toistensa kanssa. Kotihoidon asiakkaat ja heidän omaisensa toimivat usein myös tiiminä lääkehoidon toteutuksessa (Francis ym. 2006). Omaisen ja asiakkaan yhteistyössä voi kuitenkin esiintyä myös ongelmia kuten tiedon pimittämistä toiselta ja vaikeuksia jakaa vastuuta (Francis ym. 2006; Gillespie ym. 2014). Turvallinen lääkehoito voi vaarantua, jos omainen ei saa tietoonsa kaikkia lääkitykseen liittyviä asioita eikä iäkäs kerro esimerkiksi uusista oireista tai mahdollisista lääkkeiden aiheuttamista haittavaikutuksista.

Omaiset eivät omasta mielestään olleet saaneet tukea lääkehoidon toteuttamiseen terveydenhuollon ammattilaisilta. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että omaiset kokevat läheisensä hoitamisen usein raskaana saamatta kovin paljon tukea terveydenhuollon ammattilaisilta (Jones ja Vetter 1985). Tuen saaminen olisi tärkeää, sillä lääkehoidon toteutukseen liittyen omaiset joutuvat vastaamaan monenlaisista tehtävistä. He huolehtivat muun muassa lääkkeiden saatavuudesta, reseptien ajantasaisuudesta, lääkehoitoon sitoutumisesta sekä olemaan paikalla monta kertaa päivässä lääkkeitä jaettaessa tai annosteltaessa. Muistisairauksista kärsivien läheisten lääkehoidosta vastaaminen on erityisen vaativaa ja raskasta (Gillespie ym. 2014). Lääkehoidon toteutus muuttuu useimmiten ajan myötä

vaativammaksi, läheisen terveydentilan vähitellen huonontuessa. Omaiset hyötyisivät lääkärin tai farmasistin antamasta palautteesta lääkehoidon toimivuudesta ja toteutuksesta. Tietoisuus siitä, että toteutus ja lääkehoito toimivat suunnitellulla tavalla, motivoisi todennäköisesti toteuttamaan lääkehoitoa.

Lääkkeiden haittavaikutuksia seurasi omaisten ja asiakkaiden mielestä eniten asiakas itse yhdessä omaisen kanssa. Omaiset tarvitsisivat tätä tehtävää varten lisää koulutusta lääkkeistä ja niiden vaikutuksista. On todettu, että omaiset tarvitsisivat enemmän tietoa myös lääkitykseen tehdyistä muutoksista, lääkkeiden käyttötarkoituksesta ja haittavaikutuksista (Smith ym. 2003). Lääkehoidon toteutus voi vaikeutua koulutuksen ja informaation puutteessa (Gillespie ym. 2014). Farmasian ammattilaisten pitää ottaa isompi rooli omaisten opastamisessa ja kouluttamisessa, koska heillä on tarvittava ammattitaito tähän työhön ja he tapaavat omaisia usein apteekissa. Myös osastofarmaseutit kotihoidossa voisivat osallistua tähän työhön.

Työssä tuli ilmi, että omaiset kaipasivat enemmän yhteistyötä kotihoidon kanssa ja sitä, että kotihoito ottaisi enemmän vastuuta asiakkaan terveydentilasta ja seuraisi enemmän asiakkaan vointia ja lääkkeiden vaikutuksia. Nämä kuuluvat kotihoidon perustehtäviin. Olisikin tärkeää tehostaa terveydenhuollon ammattilaisten ja omaisten välistä kommunikaatiota ja asiakkaan terveydentilaan ja asioiden hoitoon liittyvää informointia (Francis ym. 2006). Omaisilla pitäisi olla tilaisuus tavata kotihoidon hoitajia säännöllisesti, jolloin he voisivat kertoa havaitsemistaan lääkehoidon ongelmista ja heillä olisi mahdollisuus saada vastauksia heitä askarruttaviin seikkoihin läheisensä hoidossa. Omaisten oli vaikea saada havaitsemansa lääkelistan poikkeamat korjatuiksi, koska he tapasivat hoitajia harvoin eikä heillä ollut mahdollisuutta olla suoraan yhteydessä lääkäriin. Lääkehoidon seurannassa ja lääkehoitoon liittyvissä ongelmissa voisi käyttää hyväksi myös farmaseuttista asiantuntemusta Kirkkonummen mallin mukaisesti (Kosola 2018).

Omaisille vastuunjako kotihoidon ja heidän itsensä välillä ei aina ollut täysin selvillä. Olisi tärkeää, että omaisten kanssa käytäisiin tarkasti läpi molempien osapuolten tehtävät ja vastuut ja että he saisivat osallistua asiakkaan kanssa tai edustajana lääkehoitoa koskeviin päätöksiin. On myös tärkeää varmistaa, että omaisia kuunnellaan ja heidät otetaan mukaan toimintaan, koska omaiset ovat merkittävä resurssi iäkkäiden lääkehoidon toteutuksessa. Tämä on tiedostettu muun muassa Isossa-Britanniassa, jossa omaisten informoimiseen ja tukemiseen iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon toteuttamisessa on panostettu (Department of Health 1999).

6.5 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Koska tutkimuksessa kerättiin ja käytettiin henkilö- ja terveystietoja, oli tarpeen hakea Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta lausunto. Toimikunta antoi tutkimukselle puoltavan lausunnon (Liite 6.). Tutkimuksen tekemiselle haettiin lupa myös tutkimukseen osallistuneelta organisaatiolta eli Turun hyvinvointitoimialalta (Liite 5.).

Kotihoidon hoitajat tunnistivat omilta alueiltaan sellaisia asiakkaita, jotka täyttivät tutkimuksen kriteerit (katso 4.2.1). He eivät siten suosineet mitään ryhmiä tai yksittäisiä henkilöitä. Asiakkaille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja menetelmät ensin suullisesti hoitajien toimesta ja sen jälkeen tutkija kävi kertomassa heille tutkimuksen tarkoituksen vielä uudestaan. Tutkija piti huolen siitä, että mahdolliset osallistujat ymmärsivät, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaisi selostamalla tutkimuksen tiedot mahdollisimman helppotajuisesti.

Tutkija antoi rekrytoitaville myös kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta, johon he ja heidän omaisensa saivat tutustua haluamansa ajan (Liite 3). Vasta tämän jälkeen rekrytoitavilta kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen ja halukkaat osallistujat vahvistivat suostumuksensa allekirjoittamalla suostumuslomakkeen (Liite 4.). Tutkimukseen osallistuvilla ja heidän omaisillaan oli mahdollisuus saada lisätietoja tutkimuksesta tutkijalta ja sitä varten tutkimustiedotteessa oli tutkijan yhteystiedot.

Suostumuslomakkeella tutkija pyysi tutkittavilta luvan kerätä terveystietoja. Suostumuslomakkeessa kerrottiin, että henkilötietojen keräämisestä laadittiin tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste ja että suostumus ei sitonut allekirjoittajaa osallistumaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja siitä oli oikeus kieltäytyä milloin tahansa syytä ilmoittamatta eikä osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuttanut heidän saamiinsa kotihoidon palvelujen laatuun tai saatavuuteen. Yhteensä neljä asiakasta kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen.

Osallistujien terveys- ja henkilötiedot koodattiin siten, että niitä ei voinut liittää yksittäiseen ihmiseen. Tutkimukseen kuuluvien yksilöhaastatteluiden tallentamisesta kerrottiin suostumuslomakkeessa, jossa kerrottiin myös se, että allekirjoittamalla lomakkeen henkilö antaa luvan haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelut tallennettiin, jotta tutkimus edustaisi osallistujien näkemyksiä mahdollisimman oikein. Tallennuksia ei käytetty muuhun tarkoitukseen. Sanasta sanaan puhtaaksikirjoitettuja haastatteluita ei annettu tarkastettaviksi haastatelluille, koska kyseessä olivat vanhat ihmiset, joilla oli monia sairauksia ja joille pitkien tekstien lukeminen olisi ollut raskasta. Suostumuslomakkeessa kerrottiin myös, että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia yksilöhaastatteluista, mutta haastateltavia ei kuitenkaan voi tunnistaa tekstistä. Osallistujien tietoja ja puhtaaksikirjoitettuja haastatteluja säilytetään tutkijan työpaikalla lukollisessa arkistokaapissa puoli vuotta tutkimuksen päättymisestä ja sen jälkeen ne hävitetään.

6.6 TUTKIMUKSEN VAHVUUDET JA HEIKKOUEDET

Tutkimukseen liittyvät kyselyt ja haastattelut olivat toteutettavissa alkuperäisen suunnitelman ja aikataulun mukaisesti. Haastatteluajkojen sopiminen osallistujien kanssa oli helppoa ja he kertoivat mielellään kokemuksistaan lääkehoitopalveluista ja näyttivät auliisti tutkijalle kotona olevat lääkkeensä. Ainoa ongelma oli se, että osallistujat eivät aina osanneet erottaa lääkehoitoon liittyviä palveluja muista terveydenhoitoon liittyvistä palveluista. Haastateltavat kertoivat siten usein kokemuksistaan kotihoidon palveluista kokonaisuudessaan eivätkä pelkästään kotihoidon lääkehoitopalveluista.

Tutkimukseen osallistuneiden koulutustaso oli alhainen. Suurin osa oli suorittanut vain kansakoulun. Alhainen koulutustaso ja iäkkäillä yleinen huono terveydenlukutaito (Sørensen ym. 2015) saattoivat vaikuttaa kysymysten ymmärtämiseen. Osa haastattelukysymyksistä saattoivat olla liian abstrakteja ja siten vaikeasti ymmärrettäviä. Esimerkiksi tuki saatettiin ymmärtää eri tavalla, vaikka haastatteli selitti käsitteen merkitystä osallistujille.

Lääkehoidon tarkastus olisi pitänyt määritellä haastateltaville paremmin. Haastatteli käytti sekä lääkelistan että lääkityksen tarkastus ilmaisuja kysymyksessään eikä hän selittänyt tarkemmin, mitä nämä ilmaukset tarkoittivat. Lääkelistan tarkastuksen voi ymmärtää pelkästään lääkelistan oikeellisuuden tarkastamiseksi. Näin osa haastateltavista kysymyksen ymmärsikin. Tarkoituksena oli kuitenkin selvittää kuinka usein lääkäri tarkastaa ja arvioi lääkehoidon tarkoituksenmukaisuuden. Haastatteluista ei siten saatu vastausta siihen, minkälaisia kokemuksia iäkkäillä oli lääkehoitojen tarkastuksesta ja sen seurauksena tämän kohdan vastaukset jätettiin tuloksista pois.

Haastattelututkimuksen tutkimukseen osallistuvien määrä on pieni, koska haastattelu on työläs tutkimusmuoto ja analysoitavaa aineistoa kertyy paljon. Jotta tulokset olisivat siirrettävissä koskemaan laajempaa joukkoa, käytettiin saturaatiomenetelmää eli haastateltavia otettiin niin paljon, että kysymyksiin ei saatu enää uudenlaisia vastauksia. Tutkimus tehtiin vain Turun kaupungin kotihoidon asiakkaille. Tuloksia ei voida suoraan siirtää kattamaan koko maata, sillä kotihoidon palvelut on järjestetty jokaisessa kunnassa hieman eri tavalla. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että Turussa kotihoidon asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä lääkehoitoon liittyviin palveluihin ja Turun kotihoito pystyi sillä hetkellä täyttämään asiakkaiden toiveet. Palveluissa havaittiin myös puutteita, joita asiakkaat eivät vain olleet vielä tiedostaneet.

Tutkimuksen luonteesta johtuen mukaan valittiin enimmäkseen vain hyväkuntoisimpia eli palveluluokkaan 1 kuuluvia asiakkaita (palveluluokat katso kappale 3.2 taulukko 6.). Tutkimukseen ei osallistunut siten edustava joukko koko kotihoidon kaikista iäkkäistä asiakkaista. Tutkimuksesta ei siis voida vetää johtopäätöksiä koskemaan kaikkia kotihoidon asiakkaita.

Osallistujia valittiin kuitenkin erilaisilta Turun kotihoidon alueilta, joten siinä mielessä otos oli edustava.

Kirjallisuushaussa tehtiin rajausta vain englanninkieliseen ja Helsingin Yliopiston kautta saatavaan kirjallisuuteen, mikä saattoi rajata pois tutkimuksia. Myös otsikon perusteella tehty rajausta saattoi olla liian kapea.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa havaittiin, että Turun kotihoidossa iäkkäät asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä saamiinsa kotihoidon lääkehoidon palveluihin ja palvelut olivat heidän mielestään riittävät sen hetkiseen toimintakykyyn nähden. Tyytyväisyys johtuu osittain siitä, että he ovat riippuvaisia toisten avusta ja eivät siten ole aina luotettavia palvelun laadun arvioijia. Turun kotihoidossa potilastietojärjestelmän lääkelista oli laajasti käytössä asiakkaiden parissa ja se oli hyvin selkeä. Lääkehoidon toteutukseen liittyi kuitenkin myös kehittämistä vaativia seikkoja.

1. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmän lääkelistoista löytyi paljon eroavaisuuksia verrattuna todellisuudessa käytössä oleviin lääkkeisiin. Tarvitaan kehittämistoimenpiteitä sekä paikallisesti että kansallisesti ajantasaisen lääkitystiedon turvaamiseksi ja kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen käyttöön saamiseksi.
2. Lääkkeiden vaikutusten ja mahdollisten haittavaikutusten seuranta pitää saada systemaattisemmaksi kotihoidossa. Asiakkaat, heidän omaisensa ja kotihoidon hoitajat ovat avainasemassa tässä työssä, sillä he tuntevat itsensä tai omaisensa tai tapaavat asiakkaitaan säännöllisesti. Heidät pitää kouluttaa seurantaan sekä raportointiin.
3. Iäkkäät kotihoidon asiakkaat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn kannalta ja sen tähden iäkkäille kotihoidon asiakkailla lääkehoitopalvelut ja lääkeinformaatio pitää räätälöidä yksilöllisesti iäkkään ja tarvittaessa tämän omaisten toiveita kuunnellen.
4. On varmistettava, että omaisille ja asiakkaille järjestetään riittävä perehdytys lääkehoitoon ennen kuin he alkavat toteuttaa sitä. Farmasisteja voisi hyödyntää enemmän omaisten ja asiakkaiden neuvonnassa ja opastamisessa. Lisäksi on tärkeää, että omaisen ja itse lääkehoidon toteutuksesta vastaavien iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kyky toteuttaa lääkehoitoa varmistetaan riittävän usein.
5. Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden mielestä lääkärit terveysasemilla ja hoitajat kotihoidossa vaihtuvat liian usein ja itse lääkehoidon toteutuksesta vastaavien ja omaisten mielestä terveysasemille on vaikea saada lääkäriä.
6. Apteekkipalvelujen pitää olla lähellä iäkkäitä ja niiden esteettömyys pitää varmistaa, jotta iäkkäillä on mahdollisuus asioida apteekissa ja

heidän omatoimisuuttaan ja toimintakykyään voidaan siten tukea. Myös kotihoidossa pitää asiakkaille, hoitajille ja lääkäreille olla tarjolla farmasian ammattilaisten palveluja.

7. Omaiset kaipasivat enemmän yhteistyötä kotihoidon kanssa ja sitä, että kotihoidon hoitajat ottaisivat enemmän vastuuta omaisen terveydentilasta. Omaisille vastuunjako kotihoidon ja heidän itsensä välillä ei aina ollut selvillä. Omaisilla pitäisikin olla tilaisuus tavata kotihoidon hoitajia säännöllisesti, jolloin molemmin puolinen tietojenvaihto asiakkaan terveydentilasta olisi mahdollista. Omaisista kannattaa tukea enemmän lääkehoidon toteutuksessa ja ottaa heidät mukaan kumppaneina asiakkaan hoidossa.

KÄYTÄNTÖÖN SOVELTAMINEN JA JATKOTUTKIMUKSEN AIHEITA

Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi kotihoidossa iäkkäiden asiakkaiden lääkehoitoprosessia kehitettäessä, suuntaamalla kehittämistoimenpiteet tutkimuksen kirjallisuushaussa ja empiirisessä osassa esiin tulleisiin lääkehoidon turvallisuutta heikentäviin tekijöihin.

Tutkimuksessa huomattiin, että lääkehoidon toteutuksesta vastaavilla omaisilla on iso merkitys iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden lääkehoidossa. He ovat tärkeä resurssi asiakkaiden hoidossa, mutta heidän tarpeistaan turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa on vähän tietoa. Tarvittaisiinkin lisää tutkimusta omaisten roolista ja siitä minkälaista tukea he tarvitsisivat läheisensä hoitamiseen.

Suomessa farmasian ammattilaisia on hyödynnetty vielä vähän kotihoidossa. Tutkimusta pitäisikin lisätä farmasian ammattilaisten hyödyntämismahdollisuuksista. Myös Kirkkonummen osastofarmasiamallin toimivuudesta olisi hyödyllistä saada tutkimustuloksia.

Teknologian ja robotiikan käyttömahdollisuuksista kotihoidossa pitäisi saada lisää tutkimustietoa, koska kotihoidon palvelujen tarpeen kasvaessa ja toisaalta resurssien rajallisuuden vuoksi joudutaan todennäköisesti turvautumaan enenevässä määrin teknologiaan.

Tällä hetkellä ei ole tietoa siitä, kuinka paljon lääkehoidon riskienhallinnan arviointimittareita käytetään kotihoidossa Suomessa ja mitkä ovat käyttöä edistävät ja estävät tekijät. Tarvittaisiin tutkimusta siitä, parantaako mittareiden käyttö iäkkäiden lääkehoidon turvallisuutta ja laatua.

Omaiset -ryhmässä asiakkaat eivät juurikaan osallistuneet enää lääkehoidon toteuttamiseen vaan olivat luovuttaneet siihen liittyvät tehtävät ja päätösten tekemisen omaiselle. Pitäisi tutkia, onko tällä vaikutusta henkilön toimintakykyyn tai yleiseen hyvinvointiin.

KIRJALLISUUSVIITTEET

- Ascione FJ, Kirscht JP, Shimp LA: An Assessment of Different Components of Patient Medication Knowledge. *Med Care* 24: 1018-1028, 1986
- Beckman AGK, Parker MG, Thorslund M: Can elderly people take their medicine? *Patient Educ Couns* 59: 186-191, 2005
- Bilotta C, Lucini A, Nicolini P, Vergani C: An easy intervention to improve short-term adherence to medications in community-dwelling older outpatients. A pilot non-randomised controlled trial. *BMC health services research* 11: 158, 2011
- Blenkiron P: The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. *Postgrad Med J* 72: 671-676, 1996
- Branin JJ: The role of memory strategies in medication adherence among the elderly. *Home Health Care Serv Q* 20: 1-16, 2001
- Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL: Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med* 365: 2002-2012, 2011
- Cohen S, Hoberman HM: Positive events and social supports as buffers of life change stress. *J Appl Soc Psychol* 13: 99-125, 1983
- Corsonello A, Pedone C, Lattanzio F ym.: Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. *Ther Clin Risk Manag* 5: 209-216, 2009
- Department of Health: Caring About Carers: A National Strategy for Carers. London, 1999.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006522. Haettu internetistä 10.3.2018
- DiMatteo MR: Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology* 23: 207-218, 2004
- Dimitrow MS, Mykkanen SI, Leikola SNS, Kivela S, Lyles A, Airaksinen MSA: Content validation of a tool for assessing risks for drug-related problems to be used by practical nurses caring for home-dwelling clients aged >65 years: a Delphi survey. *Eur J Clin Pharmacol* 70: 991-1002, 2014
- Dorman Marek K, Stetzer F, Ryan PA ym.: Nurse Care Coordination and Technology Effects on Health Status of Frail Older Adults via Enhanced Self-Management of Medication. *Nurs Res* 62: 269-278, 2013

- Duggan C, Bates I: Medicine information needs of patients: the relationships between information needs, diagnosis and disease. *Qual Saf Health Care* 17: 85-89, 2008
- Eapen ZJ, Mi X, Qualls LG ym.: Adherence and persistence in the use of warfarin after hospital discharge among patients with heart failure and atrial fibrillation. *J Card Fail* 20: 23-30, 2014
- Ellefsen B: Dependency as disadvantage -- patients' experiences. *Scand J Caring Sci* 16: 157-164, 2002
- Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S: Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs* 25: 164-170, 2004
- Eskola J, Suoranta J: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 1998
- European Commission 2007. Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/Wave 67.3. TNS Opinion & Social Report, 2007.
- Farris KB, Kelly MW, Tryon J: Clock drawing test and medication complexity index as indicators of medication management capacity: A pilot study. *J Am Pharm Assoc* 43: 78-81, 2003
- Feldman PH, Totten AM, Foust J ym.: Medication management: evidence brief. Center for Home Care Policy & Research. *Home Healthc Nurse* 27: 379-386, 2009
- Ferri C, Prince M, Brayne C ym.: Alzheimers Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 366: 2112-2117, 2005
- Fialová D, Topinková E, Gambassi G ym.: Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 293: 1348-1358, 2005
- Finne-Soveri H, Leinonen R, Autio T, Heimonen S, Jyrkämä J, Muurinen S, Räsänen R, Voutilainen P: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen suositus. 25.1.2011. Päivitetty 9.6.2011. Saatavilla osoitteessa <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>
- Flaherty JH, Perry III HM, Lynchard GS, Morley JE: Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. *The Journals of Gerontology* 55A: M554-M559, 2000

- Foebel AD, Hirdes JP, Heckman GA: Caregiver status affects medication adherence among older home care clients with heart failure. *Aging Clin and Experimental Research* 24: 718-721, 2012
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189-198, 1975
- Francis S, Smith F, Gray N, Denham M: Partnerships between older people and their carers in the management of medication. *Int J Old People Nurs* 1: 201-207, 2006
- Fulton MM, Riley Allen E: Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 17: 123-132, 2005
- Gillespie R, Mullan J, Harrison L: Managing medications: The role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *J Clin Nurs* 23: 3296-3308, 2014
- Goodman C, Ross F, Mackenzie A, Vernon S: A portrait of district nursing: its contribution to primary health care. *J Interprof Care* 17: 97-108, 2003
- Griffiths R, Johnson S, Piper M, Langdon R: A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Pract* 10: 166-176, 2004
- Gusdal AK, Beckman C, Wahlstrom R, Tornkvist L: District nurses' use for an assessment tool in their daily work with elderly patients' medication management. *Scand J Public Health* 39: 354-360, 2011
- Hain DJ, Tappen R, Diaz S, Ouslander JG: Cognitive impairment and medication self-management errors in older adults discharged home from a community hospital. *Home Healthc Nurse* 30: 246-254, 2012
- Hakoinen S, Laitinen-Parkkonen P, Airaksinen M: Lääkekaaosksen hallinta sote-muutoksessa – nykytila, haasteet ja ratkaisuehdotukset. Kunnallissalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 106, Pole-Kuntatieto Oy, Keuruu 2017
- Hallitusohjelma. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Valtioneuvoston kanslia. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. Haettu internetistä 10.10.2017
- Hartikainen S, Saarelma O, Lönnroos E, Seppälä M: Miten arvioin iäkkään lääkityksen. *Suom Lääkäril* 61:4352-4355, 2006
- Haverhals LM, Lee CA, Siek KA ym.: Older adults with multi-morbidity: Medication management processes and design implications for personal health applications. *J Med Internet Res* 13 (2):e44, 2011

- Helin E. Palveluohjauksen päällikkö. Turun Hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut, avopalveluiden hallinto. Puhelinhaastattelu 16.1.2017
- Higgins JPT, Green S (Eds): Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0: updated March 2011. The Cochrane Collaboration; 2011. Available from [www.cochrane-handbook.org]
- Higgins N, Regan C: A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age Ageing* 33: 224-229, 2004
- Hirsjärvi S, Hurme H: Tutkimushaastattelu : teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki 2011
- Huupponen R, Hartikainen S: Monilääkitys - huono isäntä, joskus kelpo renki. *Suom Lääkäril* 66, 2602-2603, 2011
- Hämeen-Anttila K, Katajavuori N: Yhteiskunnallinen lääketutkimus : ideasta näyttöön. Palmenia Helsinki University Press, Helsinki 2008
- Hämeen-Anttila K. Lääketiedon tarpeet ja lähteet - Väestökysely lääkkeiden käyttäjille. Fimea kehittää, arvioi ja informoi –julkaisusarja 2/2014. Saatavana osoitteessa http://www.fimea.fi/documents/160140/1153780/26437_KAI_2_2014.pdf/dbbb88d7-d2b3-4e26-85b7-cd2a63ece762
- International Pharmaceutical Federation (FIP). Counseling Concordance Communication, 2012. https://fip.org/files/fip/HaMIS/fip_ipsf_pce_2nd_2012.pdf. Haettu internetistä 22.2.2018
- Jaakkola N. Farmaseutti, Lahden kaupungin sairaala-apteekki. Haastattelu 5.4.2016.
- Jaranti M. Pegasos pääkäyttäjä, Turun hyvinvointitoimiala. Sähköpostitiedonanto 28.6.2016.
- Johnell K, Fastbom J: Comparison of prescription drug use between community-dwelling and institutionalized elderly in Sweden. *Drugs Aging* 29: 751-758, 2012
- Jokinen T, Vanakoski J, Skippari L, Iso-Aho M, Simoila R: Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. *Suom Lääkäril* 64: 1772-1776, 2009
- Jones DA, Vetter NJ: Formal and informal support received by carers of elderly dependents. *Br Med J (Clin Res Ed)* 291: 643-645, 1985

- Kallio S, Kumpusalo-Vauhkonen A, Järvensivu T, Mäntylä A, Pohjanoksa-Mäntylä M, Airaksinen M: Towards interprofessional networking in medication management of the aged: current challenges and potential solutions in Finland. *Scand J Prim Health Care* 34: 368-376, 2016
- Kosola A. Osastofarmaseutti, Kirkkonummen kunta. Puhelinhaastattelu 16.4.2018
- Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y ym.: Association between unmet needs for medication support and all-cause hospitalization in community-dwelling disabled elderly people. *J Am Geriatr Soc* 56: 881-886, 2008
- Kylmä J, Juvakka T: Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki 2012
- Lagerin A, Carlsson AC, Nilsson G, Westman J, Törnkvist L: District nurses' preventive home visits to 75-year-olds: An opportunity to identify factors related to unsafe medication management. *Scand J Public Health* 42: 786-794, 2014
- Lakey SL, Gray SL, Borson S: Assessment of older adults' knowledge of and preferences for medication management tools and support systems. *Ann Pharmacother* 43: 1011-1019, 2009
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980. Annettu Helsingissä 28.12.2012
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Annettu Helsingissä 22 päivänä syyskuuta 2000
- Lancaster R, Marek KD, Bub LD, Stetzer F: Medication regimens of frail older adults after discharge from home healthcare. *Home Healthc Nurse* 32: 536-542, 2014
- Larsson BW, Larsson G, Carlson SR: Advanced home care: patients' opinions on quality compared with those of family members. *J Clin Nurs* 13: 226-233, 2004
- Leikola SNS Development and application of comprehensive medication review procedure to community-dwelling elderly. Väitöskirja. University of Helsinki, 2012. Saatavana osoitteessa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/30203/developm.pdf?sequence=1>
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivela SL, Isoaho R: Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 55: 809-817, 2002
- Lundsgaard J: Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?. *OECD Health*

Working Papers, No. 20, OECD Publishing, Paris, 2005 Saatavana osoitteessa <http://dx.doi.org/10.1787/616882407515>

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Sairaala-apteekin ja lääkekeskuksen toiminta 6/2012. Astunut voimaan 1.1. 2013

Maddigan SL, Farris KB, Keating N, Wiens CA, Johnson JA: Predictors of older adults' capacity for medication management in a self-medication program: a retrospective chart review. *J Aging Health* 15: 332-352, 2003

Meranius MS, Hammar LM: How does the healthcare system affect medication self-management among older adults with multimorbidity? *Scand J Caring Sci* 30: 91-98, 2016

Meredith S, Feldman PH, Frey D ym.: Possible medication errors in home healthcare patients. *J Am Geriatr Soc* 49: 719-724, 2001

Mulhem E, Lick D, Varughese J, Barton E, Ripley T, Haveman J: Adherence to medications after hospital discharge in the elderly. *Int J Family Med* 2013: 901845, 2013

Mäkinen E, Koljonen M, Laitinen K, Ojala R: Lääkeneuvonta ja lääkityslistan ajantasaisuuden varmistaminen sairaalasta kotiutettaessa. *Dosis Farmaseuttinen aikakirja* 33: 262-275, 2017

Nichol MB, Venturini F, Sung JC: A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Ann Pharmacother* 33: 531-540, 1999

Owens DJ, Batchelor C: Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med* 42: 1483-1491, 1996

Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A ym.: How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 25: 544-553, 2016

Pitkälä K, Hosia-Randell H, Raivio M, Savikko N, Strandberg T: Vanhuksen lääkehoidon karikoita. *Dosis* 12, 1503-15012, 2006

Portegijs E, Rantakokko M, Viljanen A, Rantanen T, Iwarsson S: Perceived and objective entrance-related environmental barriers and daily out-of-home mobility in community-dwelling older people. *Arch Gerontol Geriatr* 69: 69-76, 2017

Reeder B, Demiris G, Marek KD: Older adults' satisfaction with a medication dispensing device in home care. *Informatics Health Soc Care* 38: 211-222, 2013

Robnett RH, Dionne C, Jacques R, LaChance A, Mailhot M: The ManageMed Screening: An interdisciplinary tool for quickly assessing medication management skills. *Clin Gerontol* 30: 1-23, 2007

- Routledge PA, O'mahony M, Woodhouse K: Adverse drug reactions in elderly patients. *Br J Clin Pharmacol* 57: 121-126, 2004
- Schulz RM, Porter C, Lane M, Cornman C, Branham L: Impact of a Medication Management System on Nursing Home Admission Rate in a Community-Dwelling Nursing Home-Eligible Medicaid Population. *Am J Ger Pharmacoth* 9: 69-79, 2011
- Sino CGM, Sietzema M, Egberts TCG, Schuurmans MJ: Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy. *J Nutr Health Aging* 18: 44-49, 2014
- Smith F: Survey research: instruments, validity and reliability. Kirjassa: Research methods in pharmacy practice. s.69-76. Pharmaceutical Press, London : Chicago 2002
- Smith F, Francis S, Gray N, Denham M, Graffy J: A multi-centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. *Health and Social Care in the Community* 11: 138-145, 2003
- Socialtjänstlag 2001/453. annettu Tukholmassa 7.6.2001
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F ym.: Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 25: 1053-1058, 2015
- Sosiaali- ja terveysministeriö 30.12.2014/1301. Annettu Helsingissä 30.12.2014
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntainfo 6/2007. Vanhusten turvallinen lääkehoito: kuntien velvoitteet. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/trygg-lakemedelsbehandling-for-aldre-kommunernas-forpliktelse Haettu internetistä 15.11.2018
- Sosiaali - ja terveysministeriö. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 2017:6. Saatavana osoitteessa <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 15/2018. Helsinki 2018. Saatavana osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3905-9>

- Swanlund SL: Successful cardiovascular medication management processes as perceived by community-dwelling adults over age 74. *Appl Nurs Res* 23: 22-29, 2010
- Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE: Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 173: 510-515, 2005
- Tamminen E: Turun kotihoidon henkilöstörakenteen muutos 1.8.2014 versus 1.8.2014. Hoitotyön koordinaattori. Turun Hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut, avonpalveluiden yhteiset toiminnot. Sähköpostitiedonanto 14.10.2014.
- Tamminen E. Hoitotyön koordinaattori. Turun Hyvinvointitoimiala, vanhus- ja vammaispalvelut, avonpalveluiden yhteiset toiminnot. Sähköpostitiedonanto 6.11.2017.
- Tarricone R, Tsouros AD: Home care in Europe. World Health Organisation. 2008. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>. Haettu internetistä 12.2.2017
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2017a Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Tilastoraportti 19/2017. 2.6.2017. Saatavana osoitteessa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706026978>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017b. Tietoa RAI-järjestelmästä. Päivitetty 16.6.2017 Saatavana osoitteessa <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta#Mik%C3%A4%20on%20RAI>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2017c. Vammaispalvelujen käsikirja. Toimintakyvyn arviointi. Päivitetty 29.6.2017. Saatavana osoitteessa <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>
- Tiihonen M, Nykänen I, Ahonen R, Hartikainen S: Discrepancies between in-home interviews and electronic medical records on regularly used drugs among home care clients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 25: 100-105, 2016
- Tilastokeskus. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat, Väestö iän (1-v.), sukupuolen, siviilisäädyn ja kielen mukaan alueittain 1990 – 2015, http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaerak/o55_vaerak_tau_124.px/?rxid=2ff12355-f097-4ef5-95e7-4c64062f0673 Haettu internetistä 1.12.2016
- Turjamaa R, Hartikainen S, Kangasniemi M, Pietilä A: Living longer at home: a qualitative study of older clients' and practical nurses' perceptions of home care. *J Clin Nurs* 23: 3206-3217, 2014

Turun kotihoito. Sosiaali- ja terveystalvet - ikäihmisten talvet – kotiin annettavat talvet, 2018 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/kotiin-annettavat-palvelut/kotihoito>. Haettu internetistä 17.3.2018

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, World Population prospects, the 2015 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>. Haettu internetistä 15.3.2017

van Eijken M, Tsang S, Wensing M, de Smet PA, Grol RP: Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community. *Drugs Aging* 20: 229-240, 2003

Vaughn CJ: Citation Management: RefWorks. *J of Electronic Resources in Medical Libraries* 10: 25-31, 2013

Wilson IB, Schoen C, Neuman P ym.: Physician–patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America’s seniors. *J Gen Int Med* 22: 6-12, 2007

WHO. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization, 2003. Saatavana osoitteessa http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

WHO. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification system: guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo, 2013. Saatavana osoitteessa http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/

WHO. Medication without harm: WHO Global Patient Safety Challenge. 2017 <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>. Haettu internetistä 10.3.2018

LIITTEET

Liite 1: Kansainvälisissä tieteellisissä tietokannoissa käytetyt kirjallisuudenhakustrategiat

Ovid MEDLINE in Process & Other Non-Indexed Citations (26.8.2016)

1. Aged/
2. "Aged, 80 and over"/
3. Aged.mp.
4. Elderly.mp.
5. 1 or 2 or 3 or 4
6. Medication Systems/
7. Medication Systems.mp.
8. Patient Medication Knowledge/
9. Patient Medication Knowledge.mp.
10. Medication Therapy Management/
11. Medication Therapy.mp.
12. Medication.mp.
13. drugs, generic/ or nonprescription drugs/ or behind-the-counter drugs/ or prescription drugs/
14. Drugs.mp.
15. 12 or 13 or 14
16. 5 and 15
17. Outpatients/
18. Outpatient.mp.
19. Home Care Services/
20. (Visiting adj3 nurse).mp.
21. Community Health Nursing/
22. Home Care Services, Hospital-Based/
23. 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22
24. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11
25. 23 and 24
26. 16 and 25

Tuloksena oli 120 artikkelia

Kun lisättiin

27. exp Adult/ or exp Aged/

28. 26 and 27

29. Medical record.mp. or exp *Medical Records/

30. 28 and 29

Tuloksena oli 8 artikkelia

SCOPUS (1.9.2016)

TITLE ((elderly OR "older adults" OR aged) AND "electronic medical record" AND discrepancies)

KEY ((elderly OR "older adults" OR aged) AND "electronic medical record" AND discrepancies)

TITLE-ABS-KEY ((elderly OR "older adults" OR aged) AND ("home health care" OR "home care services") AND "knowledge of drugs")

TITLE ((elderly OR "older adults" OR aged) AND "medication management")

KEY ((elderly OR "older adults" OR aged) AND "medication management")

TITLE ((elderly OR "older adults" OR aged) AND ("home care services" OR "home health care") AND ("experiences of patients" OR experiences of customers))

KEY ((elderly OR "older adults" OR aged) AND ("home care services" OR "home health care") AND ("experiences of patients" OR experiences of customers))

CINAHL (1.9.2016)

International Pharmaceutical Abstracts (IPA)

Advanced Search

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S14	S4 AND S11 AND S13	Search modes - Boolean/Phrase	108
S13	experiences of patients	Search modes - Boolean/Phrase	22,424
S12	S4 AND S6 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	43

S11	S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	18,951
S10	home health care nursing	Search modes - Boolean/Phrase	527
S9	home healthcare	Search modes - Boolean/Phrase	1,243
S8	home health nursing	Search modes - Boolean/Phrase	1,205
S7	home health care	Search modes - Boolean/Phrase	17,597
S6	medication management	Search modes - Boolean/Phrase	2,310
S5	S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	4
S4	elderly or aged or older or elder or geriatric	Search modes - Boolean/Phrase	Display
S3	S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	Display
S2	discrepancies	Search modes - Boolean/Phrase	Display
S1	electronic medical record	Search modes - Boolean/Phrase	Display

Liite 2: Tutkimuslomake

Tiina Järvinen

Sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumiskoulutus

Lisensiaattityö

HAASTATTELURUNKO KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOITO TUTKIMUKSEEN

1. KYSELYTUTKIMUS. Tavoitteena on selvittää, kuinka hyvin kotihoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmän lääkelista vastaa heidän käyttämiään lääkkeitä.
2. JA 3. TEEMAHAASTATTELUTUTKIMUS. Tutkimuksen viitekehys on asiakas. Asiakkaan kokemukset siitä, miten lääkeshoidon seuranta ja tuki on järjestetty. Miten kotihoidon asiakas haluaisi, että lääkehoito ja siihen liittyvät palvelut toteutettaisiin ja voisiko ja haluaisiko kotihoidon asiakas toteuttaa enemmän lääkehoitoon.

Tehävät:

- *potilastietojärjestelmän ja käytössä oleva lääkelista*
- *asiakkaiden kokemukset lääkehoidon seurannasta ja tuesta*
- *asiakkaiden toiveet lääkehoidon ja siihen liittyvien palvelujen järjestämisestä*
- *asiakkaiden halu ja kyky hoitaa omaa lääkitystään*

Ensin selvitetään kotihoidosta, mihin ryhmään asiakas kuuluu eli kuka vastaa lääkehoidosta

1. **asiakas itse**
2. **omaiset**
3. **kotisairaanhoido**

Haastattelun päivämäärä_____

Haastattelu tapahtui haastateltavan kotona ☐ kyllä ☐ ei

jos ei, niin missä_____

HAASTATELTAVAN	TAUSTA/PERUSTIEDOT
Koodi_____	

Ikä_____

Sukupuoli_____

Sairausdiagnoosit_____

MMSE tulos_____

Asutteko yksin vai puolison kanssa_____

Peruskoulutus

- Kansakoulu (tai vähemmän) ☐
Keski- tai peruskoulu ☐
Ylioppilas ☐

Ammattikoulutus

- Ei ammattikoulutusta ☐
Ammatti- tai muita kursseja ☐
Koulutason ammatillinen tutkinto ☐
Opistotason ammatillinen tutkinto ☐
Korkeakoulututkinto ☐

Muu,

mikä _____

LÄÄKÄRISSÄ JA SAIRAALASSA KÄYNNIT

1. Oletteko käyneet viimeisen vuoden aikana
 - a. terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ☐ kyllä ☐ ei
 - b. onko kotihoidon lääkäri käynyt teillä kotona ☐ kyllä ☐ ei
 - c. sairaala- tai yksityislääkärin (esimerkiksi silmälääkäri, ihotautilääkäri) vastaanotolla ☐ kyllä ☐ ei
 - d. muun lääkärin, mikä?
_____vastaanotolla ☐ kyllä ☐ ei
2. Hoitaako teitä useampi kuin yksi lääkäri ☐ kyllä ☐ ei
3. Oletteko olleet hoidettavana viimeisen neljän viikon aikana jossakin seuraavista:
sairaalassa ☐ kyllä ☐ ei
päivystyksessä ☐ kyllä ☐ ei
geriatrisella poliklinikalla kaupunginsairaalassa ☐ kyllä ☐ ei
jossakin muussa hoitolaitoksessa lyhytaikaisesti ☐ kyllä ☐ ei

LÄÄKEHOIDON TOTEUTUS

1. Kuka seuraavista lääkäreistä vastaa lääkityksestänne?
 - a) terveyskeskuslääkäri ☐ kyllä ☐ ei
 - b) kotihoidon lääkäri ☐ kyllä ☐ ei
 - c) sairaalan lääkäri ☐ kyllä ☐ ei
 - d) yksityislääkäri ☐ kyllä ☐ ei
 - e) muu,

mikä _____

2. Kuka hoitaa teidän reseptienne

uusimiset_____

3. Kuka hoitaa lääkkeidenne

hankinnan_____

4. Kuka hoitaa lääkkeidenne

jakamisen_____

5. Kuka antaa annokset

teille_____

6. Onko teillä käytössä ☐ dosetti, ☐ pussijakelu, ☐ ei kumpikaan

7. Oletteko täysin selvillä, mitä sairauksia te

sairastatte_____

8. Oletteko täysin selvillä, miten niitä

hoidetaan_____

1. KÄYTÖSSÄ OLEVAT LÄÄKEET

Käytössänne olevat reseptilääkkeet (taulukkoon): Haastateltavaa pyydetään ottamaan esille käyttämänsä lääkkeet.

Lääkkeiden ottoajat: aamu klo_____, päivä klo_____, iltapäivä klo_____,
ilta klo_____, yö klo_____

lääkkeen nimi, muoto ja vahvuus	annos ja antoaika (A, P, IP, I, Y)	mihin vaivaan	Käytättekö lääkettä säännöllisesti

g) yskänlääkkeet ☐ kyllä ☐ ei

3. Onko teillä vielä joitakin muita lääkkeitä käytössä

Seuraavissa kohdissa käytetään avoimia kysymyksiä ja vastaukset nauhoitetaan

2. LÄÄKEHOIDON SEURANTA JA TUKI

Asiakkaan kokemukset siitä, miten lääkeshoidon seuranta ja tuki on järjestetty. Miten kotihoidon asiakkaat haluaisivat, että lääkehoito ja siihen liittyvät palvelut toteutettaisiin.

2.a. LÄÄKEHOIDON SEURANTA JA TUKI

1. Miten koette lääkehoitoprosessin toimivuuden (miten lääkehoito ja siihen liittyvät palvelut toimivat)? 1.a. Oletteko selvillä prosessista?
2. Minkälaista tukea olette saaneet lääkehoitonne onnistumiseksi? 2.a. Minkälaiseksi koette hoitajan tuen lääkeasioiden hoidossa? 2.b. Miten mielestänne lääkärinne tukee teitä lääkehoidon onnistumisessa? 2.c. Omaiset tai ystävät?
3. Kuinka hyvin teille on kerrottu, miten lääkkeitä pitäisi käyttää? 3.a. Entä miten ne vaikuttavat?
4. Kuka teille on selostanut lääkkeiden käytön?
5. Miten seurataan lääkehoitonne onnistumista ja vaikutuksia 5.a. Seurataanko haittavaikutuksia? 5.b. Annetaanko palautetta?
(kuinka usein hoitaja seuraa tai kyselee lääkehoitonne onnistumista, kyseleekö hän lääkkeiden aiheuttamista haittavaikutuksista, entä seuraako lääkäri näitä asioita)
6. Kuinka usein lääkärinne käy läpi lääkityksenne? 6.a. Käykö joku muukin lääkelistaa läpi?
7. Apteekin henkilökunnan tuki?

2.b. ASIAKKAAN TOIVEET LÄÄKEHOIDON JÄRJESTÄMISESTÄ

1. Miten te haluaisitte, että lääkehoitonne ja siihen liittyvät palvelut järjestettäisiin
1.a. Mitä siihen pitäisi kuulua?
2. Minkälaista tukea haluaisitte tai tarvitsisitte lääkehoitoon?
3. Haluaisitteko enemmän tietoa lääkkeistänne? 3.a. Käytättekö nettiä?
4. Miten haluaisitte, että lääkehoidon seuranta olisi järjestetty?
5. Kuinka usein teidän mielestänne lääkärin pitäisi käydä läpi teidän lääkelistanne?
5.a. Minkälaista tukea ja seurantaa haluaisitte lääkäriltä?
6. Haluaisitteko, että kotihoidon hoitaja hoitaisi jonkin lääkehoitoonne liittyvän asian? 6.a. Haluaisitteko, että hän hoitaisi sen eri tavalla kuin nyt?
7. Haluaisitteko että apteekin farmaseutti osallistuisi enemmän lääkehoitoon? 7.a. Neuvonta, lääkityksen tarkistus, yhteensopimattomuudet?

3. ASIAKKAAN HALU JA KYKY OSALLISTUA LÄÄKEHOITOONSA

Voivatko ja haluavatko kotihoidon potilaat hoitaa enemmän lääkitystään ja mitkä asiat voisivat auttaa siinä.

1. Voisitko hoitaa enemmän lääkeasioitanne?
2. Haluaisitteko hoitaa (tai ottaa vastuuta) enemmän lääkeasioistanne?
3. Mitä olette valmis tekemään lääkehoitonne onnistumiseksi?
4. Voisitko tarkastaa, että jaetut lääkkeet ovat oikein?
5. Omat voimavarat (oma osaaminen lääkeasioiden hoitamisessa)?
6. Tiedätkö miten lääkkeiden pitäisi vaikuttaa?
7. Tiedätkö mitä tapahtuu, jos lääkkeiden ottaminen unohtuu?
8. Kuinka paljon lääkehoitonne onnistuminen riippuu teistä itsestänne?
9. Mitkä asiat vaikeuttavat osallistumista? 9.a. Lääkkeisiin liittyvät huolet, pitkäaikaisen hoidon vaikutukset, riippuvuus?
10. Mikä asia auttaisi teitä osallistumaan enemmän lääkehoitonne toteuttamiseen (jonkun tiedon saaminen, joku apuväline)?

PEGASOKSESTA KERÄTTÄVÄT TIEDOT: lääkelista, palveluluokka, MMSE, sairausdiagnoosit

Liite 3: Tiedote tutkimuksesta

TURUN HYVINVOINTITOIMIALAN KOTIHOIDOSSA TEHTÄVÄ TUTKIMUS ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOIDOISTA

Teen tutkimusta sairaala- ja terveyskeskusfarmasian erikoistumisopintoihini liittyen turkulaisten kotihoidon asiakkaiden lääkehoidosta. Tavoitteena on selvittää, vastaako kotihoidon asiakkaiden potilastietojärjestelmässä oleva lääkelista käytössä olevia lääkkeitä. Tarkoituksena on myös selvittää, kuinka hyvin asiakkaat ovat perillä omasta lääkehoidostaan eli mihin indikaatioihin lääkkeet ovat tarkoitettu, mitä haittavaikutuksia lääkkeillä voi olla ja ovatko he perillä lääkkeiden oikeasta annostuksesta ja ottoajankohdista.

Tutkimusta varten asiakkaiden potilastietojärjestelmässä oleva lääkelista ja sairausdiagnoosit selvitetään Turun kaupungin hyvinvointitoimialan potilasasiakirjoista. Lääkitys- ja sairaustiedot kerätään tutkimusrekisteriin, josta on tehty rekisteriseloste. Toimin rekisterinpitäjänä ja vastaan tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta. Tutkimusrekisteristä on laadittu henkilötietolain 10 §:n mukainen rekisteriseloste, jonka haastateltava saa halutessaan nähtäväksi. Lääkitys- ja sairaustietojen keräämiseen pyydetään erikseen haastateltavien suostumus.

Samalla tutkitaan asiakkaiden kokemuksia siitä, miten lääkehoidon seuranta ja tuki on järjestetty ja miten he haluaisivat, että lääkehoito ja siihen liittyvät palvelut toteutettaisiin. Tutkimuksella pyritään selvittämään, voisivatko ja haluaisivatko kotihoidon asiakkaat osallistua enemmän lääkitysasioidensa hoitamiseen ja mitkä asiat voisivat auttaa siinä.

Kotihoidon asiakkaiden näkemykset ovat erittäin tärkeitä, sillä heillä on merkittävää kokemukseen perustuvaa tietoa lääkehoitojen toteutuksesta ja siihen liittyvistä ongelmista ja kehittämiskohteista. Kotihoidossa tulee tulevaisuudessa olemaan yhä enemmän asiakkaita ja siten on tärkeää tutkia kotihoitoon liittyviä käytäntöjä, jotta palvelua voidaan kehittää paremmaksi.

Tutkimukseen valitaan noin 15 Turun hyvinvointitoimialan kotihoidon asiakasta. Tutkimus tehdään yksilöhaastatteluna, jonka kesto on 1–2 tuntia. Keskustelu on vapaamuotoinen. Osallistujat pysyvät nimettöminä ja keskustelussa esille tulevat asiat käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimuksen raportista ei ole tunnistettavissa yksittäisten osallistujien tietoja. Tulokset voidaan julkaista tieteellisenä raporttina. Haastattelut tehdään asiakkaiden kotona joulukuu 2015 ja tammikuu 2016 välisenä aikana.

Minulta saa haluttaessa lisää tietoa tutkimuksesta.

Tutkijan nimi: Tiina Järvinen, sairaala-apteekkari, Turun hyvinvointitoimiala

Puh.0408416342, s-posti: tiina.jarvinen@turku.fi

Liite 4: Suostumuslomake

SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TURUN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOITOA SELVITTÄVÄÄN TUTKIMUKSEEN

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa Turun kotihoidon asiakkaiden lääkahoitoa selvittävästä yksilöhaastattelututkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijalle kysymyksiä.

Tutkimukseen osallistuminen sisältää nauhoitettavan yksilöhaastattelun, johon annan suostumukseni. Olen myös tietoinen, että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia yksilöhaastattelusta, mutta minua ei kuitenkaan voida tekstistä tunnistaa.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Tiedän myös, että yksilöhaastattelussa ja sen yhteydessä kerätyt tiedot käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti.

Edellä mainitut seikat huomioiden olen halukas osallistumaan kyseiseen tutkimukseen.

Paikka ja aika _____ . _____ . _____

Haastateltavan allekirjoitus / Nimen selvennys

Lupaän käsitellä tiedot luottamuksellisesti ja raportoida tulokset niin, että yksittäisen haastateltavan tiedot eivät ole tunnistettavissa.

Tutkijan allekirjoitus / Nimen selvennys

Liite 5: Turun hyvinvointitoimialan tutkimuslupa



HYVINVOINTITOIMIALA

**Tutkimuslupa
Anomus/Päätös**

Tutkimustyyppi, johon lupaa haetaan

☐ Lääketutkimus

☐ Muu ulkopuoliselta
rahoitusta saava tutkimus

☒ Muu hanke

☐ EVO-tutkimus

☐ Opinnäytetyö

farmasian lisensiaattitutkimus

Kotihoidon asiakkaiden lääkehoito

Tutkimuksen nimi

Tiina Järvinen

191060-160Y

Hakijan/vastaavan tutkijan nimi

Henkilötunnus

Henkilönumero

sairaala-apteekkari

sairaalapalvelut/lääkehuolto

Nimike

Tulosalue/tulosyksikkö

Kunnallissairaalantie 20, 20700 Turku

Osoite

tiina.jarvinen@turku.fi

0408416342

Sähköpostiosoite

Puhelinnumero

Oman yksikön henkilöstön käyttötarve tutkija tekee tutkimuksen palkattomalla opintovapaalla

Tarvittava ulkopuolinen työvoima

ei

Sisäisten palvelujen tarve

kotihoidon sairaanhoitajat valitsevat tutkimukseen osallistuvat asiakkaat

Tutkimuksen laajuus
(potilaiden lukumäärä tms.)

20 - 30 kotihoidon asiakasta

Tutkimuksen aikataulu

2 / 11 2015 - 29 / 4 2016

Arvio tutkimuksesta aiheutuvista kustannuksista

- palkat

0

€

- henkilöstösivukulut

0

€

- asiakasmaksut

0

€

- muut kulut

0

€

Tutkimukseen ulkopuoliselta rahoittajalta saatavat korvaukset (maksajat, eurot)

Käyntiosoite
Yliopistonkatu 30
20100 TURKU

Postiosoite
PL 670
20101 TURKU

Faksi
02 2662 899

Puhelin
02 2662 211 (vaihde)

Sähköposti
etunimi.sukunimi@turku.fi
hyvinvointitoimiala@turku.fi
www.turku.fi

Suunnitelma ulkopuolelta saatavien korvausten edelleen ohjaamisesta, esim.
 - henkilöille maksettaviin palkkioihin sivukuluineen _____ €
 - hyvinvointitoimialan tulotileille (asiakasmaksuihin, sisäisiin palveluihin ym.) _____ €
 - tulosityksikölle siirrettäväksi sponsorirahaksi _____ €

Liitteenä

- eettisen toimikunnan lausunto tarvitaan ☐ ei tarvita ☐ liitteenä ☒
 - tutkimussuunnitelma (tiivistelmä) ☒
 - kopio lääkälaitokselle tehdystä ilmoituksesta ☐
 - rekisteröinti tiedekuntaan tehty ☐ vireillä ☐ ei tarvita ☐

tutkija on kirjoilla Helsingin Yliopistolla ja tutkimus tehdään Helsingin Yliopiston alaisuudessa, joten rekisteröinti on siinä mielessä tehty


Haen lupaa tutkimuksen tekemiseen.
 Sitoudun samalla vastaamaan tietojen käytöstä sekä siitä, että tutkimusryhmäni noudattaa tietosuojaa koskevia määräyksiä.

TURUSCA 27 / 10 20 15


 Hakijan allekirjoitus

Tulosityksikön johtajan lausunto

Puollan ☒ en puolla ☐
 Turusca 30, 10 20 15


 Allekirjoitus
 Sirkka Järkkö, VL

Palvelualuejohtajan päätös

Myönnän anotun mukaisesti ☒ en myönnä ☐

309492
 Päätäjäkoodi
 3, 11 20 15

17
 §

 Allekirjoitus

JAKELU
 hakija
 tulosityksikön johtaja
 palvelualuejohtaja
 kehittämisen yksikkö

TURKU  HYVINVOINTITOIMIALA
 Katriina Korkela
 palvelualuejohtaja
 terveyskeskuksen vastaava lääkäri
 Terveyspalvelut

Liite 6: Eettisen toimikunnan lausunto

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	Ote pöytäkirjasta	1 (3)
Eettinen toimikunta	Kokouspvm 21.04.2015	

ETMK:50/1802/2015

181 § LAUSUNTOPYYNTÖ TUTKIMUKSESTA "KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN LÄÄKEHOITO"

Tutkimuksesta vastaava henkilö on pyytänyt eettiseltä toimikunnalta lausuntoa alla mainitusta tutkimuksesta ja lähettänyt käsittelyyn oheismateriaali-kohdassa mainitut asiakirjat.

Esittelijä	Seija Arve
Tutkimuksen nimi	Kotihoidon asiakkaiden lääkehoito
Tutkimuksesta vastaava henkilö	
	Tiina Järvinen, proviisori
Yhteyshenkilö	Tiina Järvinen, Turun hyvinvointitoimiala, lääkehuolto, PL 1, 20701 Turku
Toimeksiantaja	Tutkijalähtöinen
Tutkimuskeskukset	Turun hyvinvointitoimiala, kotihoito

Oheismateriaali 1 § 181


- o Lausuntopyyntö, päivätty 30.3.2015, allekirjoittanut Tiina Järvinen
- o Eettisen toimikunnan sähköposti, lähetetty 7.4.2015
- o Tutkimussuunnitelma, päivätty, versio 1 30.3.2015
- o Yhteenvedo tutkimussuunnitelmasta, versio 1, päivätty 31.3.2015
- o Tutkimustiedote, versio 1, päivätty 31.3.2015
- o Suostumusasiakirja, versio 1, päivätty 31.3.2015
- o Selvitys suostumuksen saamiseksi noudatettavasta menettelystä, versio 1, päiväys 31.3.2015
- o Haastattelulomake, versio 1, päiväys 31.3.2015
- o Tietosuojaseloste, versio 1, päiväys 31.3.2015 (Turun kaupungin hyvinvointitoimiala)

Oheismateriaali 1 a § 181

- o Sähköpostiviesti, 10.4.2015, Tiina Järvinen
- o Tiina Järvisen CV
- o Tiina Järvisen HOPKES

Päätösehdotus Eettinen toimikunta päättää antaa otsikossa mainitusta tutkimuksesta puoltavan lausunnon.

Toimikunta toteaa, että tutkimus on tarkoituksenmukainen ja että sen toteuttamisedellytykset henkilö-, tila- ja laiteresurssien suhteen ovat olemassa. Tutkimussuunnitelmassa ei loukata kenenkään inhimillisiä

	<p>oikeuksia. Eettinen toimikunta edellyttää, että tutkittavien suostumus hankitaan tutkimussuunnitelmassa kuvatulla tavalla.</p>
Lausuntomaksu	<p>Ei lausuntomaksua.</p>
Päätös	<p>Eettinen toimikunta hyväksyi päätösesityksen edellyttäen, että</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tutkimustiedotetta ja suostumusasiakirjaa korjataan seuraavasti: Tutkimustiedotteeseen tulee lisätä kuvaus potilasasiakirjoista tutkimusrekisteriin kerättävistä tiedoista ja pyytää terveystietojen keräämiselle tutkittavien suostumus. Tutkimustiedotteeseen tulee lisätä tieto tutkimuksen rekisterinpitäjästä, joka vastaa tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta sekä tieto siitä, että tutkimusrekisteristä on laadittu henkilötietolain 10 §:n mukainen rekisteriseloste, jonka tutkittava saa halutessaan nähtäväksi.2. Laaditaan tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste. Lomake ja ohjeet löytyvät tietosuojavaltuutetun sivuilta www.tietosuoja.fi <p>Kopio tästä pöytäkirjanotteesta, tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste sekä korjatut asiakirjat tulee toimittaa eettisen toimikunnan sihteerille arkistoitavaksi.</p> <p>Pöytäkirjanotteen oikeaksi todistaa</p> <p>28.4.2015</p> <p> Toimielimen sihteeri Aila Hinkkanen</p>
Lisätietoja	<p>Asiantuntijalääkäri Tiina Varis, p. (02) 313 5010, tiina.varis@tyks.fi Sihteeri Aila Hinkkanen, p. (02) 313 0047 een.toimikunta@tyks.fi, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Hallintokeskus/Tutkimustoimisto, Rak. 11 A 2. krs, PL 52, 20521 Turku</p>
Jakelu	<p>Tiina Järvinen, Turun hyvinvointitoimiala, Lääkehuolto</p>
Liite	<p>Oikaisuvaatimusohje ja valitusosoitus</p>